FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN

ANNEE : 1969

N° : 14

THESE

pour
le

DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Rémi QUEUDEVILLE

Né le 3 Août 1940 à DIVES/MER-14

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 DEC 1969

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC

-à propos de deux observations-

PRESIDENT : M. LE DOYEN PORIN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542711_0007

Par délibération en date du 29 novembre 1969, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de CAEN

DIRECTEUR HONORAIRE ..... : M. MORICE

PROFESSEUR HONORAIRE ..... : M. VIGOT

DOYEN ..... : **J. PORIN**

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	BONNET	Clinique obstétricale
	GUIBE	Clinique chirurgicale
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicales
	LEMAIRE	Physiologie
	LEMENAGER	Pathologie générale et expérimentale
	LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
	OLIVIER	Clinique médicale
	POULAIN	Médecine opératoire
	ROUSSELOT	Anatomie pathologique
	SAVINI	Pharmacologie
	VILLEY	Clinique médicale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM.	BRION	Neurologie et psychiatrie
	CAEN	Hématologie, sérologie, immunologie
	CATTAN	Médecine générale et thérapeutique
	DAVERNE	Electro-radiologie

MAITRES DE CONFENCES AGREGES (suite) :

MM.	DESCHAMPS	Dermatologie
	FABRE	Physiologie
	FERNANDEZ	Physique
	FOUCAULT	Médecine générale et médecine expérimentale
	GUIHARD	Médecine générale
	IZARD	Histologie
	MOREL	Bactériologie, parasitologie, virologie
	MORIN	Neurologie et psychiatrie
	PIN	Biochimie
	PHELINE	Anatomie
	POILPRE	Neurologie et psychiatrie
	THERET	Histologie
	VALLA	Médecine générale et therapeutique
	VENEZIA	Pédiatrie

A MON PERE, A MA MERE ;

A mes soeurs, à mon frère.

Qu'ils reçoivent ici l'assurance
de ma profonde affection et de
toute ma reconnaissance.

A TOUS MES AMIS .

A notre maître,

Monsieur le Professeur PORIN

Doyen de la Faculté de Médecine

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thêse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre maître

Monsieur le Docteur HERAUD

Médecin de l'hôpital de Lisieux,

qui nous a inspiré le sujet de cette thêse et nous a aidé dans son élaboration.

Qu'il soit assuré de notre très grande reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A TOUS NOS MAITRES

DANS LES HOPITAUX.

Nous remercions également :

- le Docteur CHEVALLIER (Caen)

- le Docteur PRADO (Livarot)

qui nous ont aidés à réunir les éléments de nos observations.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES

TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

G E N E R A L I T E S

Comme tout le tube digestif et encore plus particulièrement peut-être, l'estomac a le triste privilège d'être un des sièges de prédilection du cancer.

Aussi les tumeurs bénignes ne représentent-elles qu'une faible proportion de la totalité des tumeurs de cet organe. Ce chiffre va de I à 5 % pour les tumeurs cliniquement apparentes, à I5 ou 20 % pour la totalité des tumeurs relevées au cours d'autopsies systématiques.

Du fait de leur siège profond les tumeurs bénignes de l'estomac restent bien souvent latentes. Sans doute le perfectionnement des investigations radiologiques et endoscopiques permet-il d'en reconnaître davantage qu'autrefois, mais une forte proportion demeure cliniquement inapparente.

- CHAPITRE I -

—

OBSERVATION nº I :

SCHWANNOME ENDOGASTRIQUE.

I - PRESENTATION DE L'OBSERVATION Nº I -

Madame J. ; Marie-Thérèse, 48 ans, est adressée en urgence le II novembre I968 (vers I3 heures) par le Dr PRADO (Livarot). L'anémie inquiétante que font suspecter :

- la pâleur cutanéo-muqueuse,
- l'asthénie extrême,

sera bien vite confirmée : hématocrite à I3 %, I350.000 hématies !

Le pouls légèrement accéléré (90 pulsations minute) mais bien frappé, la pression artérielle à II-8, la conscience parfaitement conservée éliminent tout collapsus cardio-vasculaire.

Toutefois les extrêmités sont refroidies et la patiente frissonne par intermittence. La température centrale est de 38 º.

L'examen du coeur donne les résultats suivants :

- auscultation : petit souffle systolique de l'apex ;
- électrocardiogramme : rythme sinusal vers 90,
  espace PR à 0,I5 seconde (normal)
  axe de QRS + 45º
  complexes ventriculaires normaux,
  dérivations précordiales : ondes T inversées profondes, symétriques et pointues, de type ischémique. (V_2 et V_3)

L'interrogatoire complété avec la famille établit :

- que cette patiente exerce la profession de femme de ménage,
- qu'elle a un enfant âgé de 20 ans.
- qu'elle a subi une hystérectomie 2 ans auparavant pour fibrome,
- qu'un moelena existe depuis plusieurs semaines (nous constaterons d'ailleurs sa présence le lendemain de l'admission) ;
- que la malade souffre habituellement de gastralgies, plus ou moins calmées par la prise d'aliments ou d'alcalins ;
- qu'aucune thérapeutique pouvant irriter la muqueuse gastrique n'est en cours (Mme J... n'a reçu ni aspirine, ni corticoïdes, ni phénylbutazone).

Le reste de l'examen sera négatif :

- il n'existe ni purpura, ni oedèmes, ni adénopathies, ni dermatose ;
- l'abdomen est souple, la rate et le foie ne sont pas palpables ;
- l'examen neurologique est normal : réflexes ostéo-tendineux normaux, pas de dysesthésie, pas d'anomalie de perception du sens vibratoire (la possibilité d'une maladie de Biermer avait été envisagée).

Les gastralgies discrètes n'ont jamais revêtu le type ulcéreux. Aucun vomissement n'est rapporté. L'état nutritionnel excellent

contraste avec l'aspect alarmant de l'anémie.

Nous devons donc retenir l'origine digestive comme la plus probable. D'autre part une anémie par saignement, si importante, sans signe de collapsus, n'a pu se constituer que progressivement.

Les transfusions sont commencées sans plus attendre :

- les II et I2 novembre, la malade reçoit 4 flacons de 500 ml de sang conservé iso-groupe, iso-rhésus ;
- le I3 novembre, la numération globulaire indique I.820.000 hématies. I litre de sang est à nouveau prescrit ; il en sera de même le I4 ;
- le I5 novembre, la numération globulaire est de 3.II0.000 hématies. On transfuse encore 2 flacons de 500 ml (un le I5, l'autre le I6 novembre);
- le I8 novembre, soit après une série de transfusions dont le volume total atteint 5 litres, les examens sont les suivants :

Numération globulaire et formule sanguine :

- hématies : 4 360 000
- leucocytes : 5 I50
- valeur globulaire : 0,98
- polynucléaires neutrophiles : 75 %
- polynucléaires éosinophiles : I %
- polynucléaires basephiles

- lymphocytes : 2I %

- monocytes : 3 %

Vitesse de sédimentation : Ière heure : 8

2ème heure : 25

Urée sanguine : 0,34 g ‰ (0,40 à l'admission)

Glycémie : 0,86 g ‰

Taux de prothrombine : 80 % (78 % le I5 novembre)

Urines : ni sucre, ni albumine

culot normal.

En même temps l'état général s'améliore. La pression artérielle atteint I2-8. La malade se lève et se déplace seule. Le souffle systolique disparaît. L'électrocardiogramme devient strictement normal. Le fébricule non influencé par les antibiotiques cède également. Les selles deviennent normales, annonçant ainsi l'arrêt du saignement. Cette heureuse transformation est attribuable à la reconstitution d'un volume sanguin normal et à la cessation du saignement.

Le 22 novembre, alors que le saignement a apparemment cessé depuis 7 jours, la radiographie gastrique fait suspecter à la jonction du fundus et de l'antre, près de la grande courbure, une image lacunaire, à contours nets, à la limite de visibilité (cliché en couche mince essentiellement).

Cette image fait suspecter une tumeur bénigne de l'estomac.

Le 30 novembre, le lavement baryté apparaît strictement normal, (Docteur LELAY).

Coeur et poumons sont normaux à la radioscopie.

Lors de sa sortie (3 décembre), nous recommandons à cette patiente :

- un régime lisse, peu irritant ;
- la surveillance des selles et de la numération globulaire ;
- l'élimination de tout médicament contenant de l'aspirine, de la phényl-butazone, des corticoïdes, etc... ;
- de soumettre enfin, dans les semaines à venir l'observation précitée et le dossier radiologique au service spécialisé du C.H.U. de Caen.

Le I3 décembre I968, le Docteur VALLA et le Docteur DAVERNE (Caen) après examen radiotélévisé, confirment l'existence d'une image lacunaire de la taille d'une noisette, amputant la plicature gastrique. Ses caractères sont bien ceux d'une tumeur bénigne (voir schéma). S'agit-il d'un adénome, d'un schwannome ou d'un léïomyome ?

L'intervention est décidée. Le 4 janvier I969, le Docteur TOURNEBOEUF (Lisieux) pratique une gastrotomie antérieure antrale.La tumeur apparaît implantée à la face postérieure, non ulcérée, de coloration grisâtre. Une résection de la base d'implantation après incision muqueuse, emporte les trois

tuniques de la paroi gastrique dont la suture est faite ensuite par points séparés. Les suites opératoires sont simples.

Examen anatomo-pathologique (Docteur ROUSSELOT).

La tumeur est arrondie, polylobée. Elle mesure environ I,5 cm de diamètre. Elle siège dans la sous-muqueuse, soulève la muqueuse et repousse les couches musculeuses.

Elle est constituée de cellules à noyaux ovalaires, à protoplasme assez abondant, très légèrement basophile. La fasciculation est nette et aboutit souvent à des aspects en tourbillons. Entre les faisceaux existent un stroma fibreux et d'assez nombreux vaisseaux dilatés. Il n'existe pas de signe de malignité.

Actuellement cette malade se porte bien. Il faut noter cependant que les gastralgies n'ont pas totalement disparu bien que leur fréquence et leur intensité soient moindres.

D'autre part, son médecin (Docteur PRADO) a dû prescrire pendant 3 semaines, 2 comprimés quotidiens de méprobamate à 40 mg à Mme J..., qui a souffert de troubles du comportement dominés par l'anxiété : ébauche d'une névrose d'angoisse (peur de quitter son domicile).

En octobre I969, elle pèse 50 Kg (elle en pesait 48 quelques jours après l'admission, soit le I8 novembre I968). La numération globulaire formule sanguine demeure normale.

II - DISCUSSION DE L'OBSERVATION Nº I -

A - L'anémie hautement inquiétante contrastant avec un état général relativement peu altéré nous a particulièrement intrigués.

Dans une anémie aussi sévère, l'atteinte de l'état général est habituelle. Or Mme J... n'accusait ni anorexie, ni vomissements, ni même nausées ; elle n'avait pas maigri.

Il y a donc lieu de supposer une constitution très progressive de l'anémie. Tout donne à penser que l'anémie a été le fait de petits saignements répétés qui ont permis une adaptation satisfaisante de l'organisme.

B - La radiologie.

Les premiers clichés ont été pratiqués à Lisieux environ 7 jours après l'arrêt du saignement (jugé sur la normalisation des selles). Il semblait donc logique d'écarter la présence d'un caillot.

D'autre part, sur les clichés en réplétion, la tumeur n'était qu'à peine visible, bien que sa taille fût celle d'une noisette. Seul le cliché en couche mince rendait sa présence évidente.

Il faut remarquer que la visualisation des tumeurs du corps et du bas-fond gastriques, nécessitent en général une recherche en demi-réplétion, sous compression, et en

couche mince. Certaines tumeurs ainsi plaçées sont parfois demeurées invisibles à un premier examen radiologique (I7, I9, 8I).

C - L'anomalie électrocardiographique -

Les tracés électrocardiographiques nous ont permis de noter le I2 novembre I968, la présence d'ondes T de type ischémique en V2 et en V3. Le I6 novembre, soit 4 jours plus tard et après la dernière transfusion, le tracé s'est normalisé (voir schémas).

On reconnait généralement deux aspects au coeur anémique :

- la forme aiguë,
- la forme chronique.

I) Le coeur anémique aigu :

Cette anémique est la plus fréquente ; le malade accuse une polypnée superficielle avec éréthisme cardiaque et palpitations souvent ressenties de façon douloureuse. La tachycardie est la règle (I20 à I50 à la minute).

La dyspnée devient évidente au moindre effort et s'accompagne d'angoisse. Dans l'éventualité d'une anémie aiguë, en fait, aux conséquences d'une réduction grave du taux de l'hémoglobine et donc du pouvoir

oxyphorique du sang, s'ajoutent celles d'une hypovolémie.

2) Le coeur de l'anémie chronique.

La dyspnée et la tachycardie restent discrètes, voire absentes. Des crises d'angor tout à fait typiques peuvent survenir. L'électrocardiogramme enregistre des altérations du type ischémique, même en dehors de toute symptomatologie angineuse (Mme J...).

Les ondes T de type ischémique seront recherchées attentivement sur les dérivations précordiales.

Les modifications de l'auscultation cardiaque consistent essentiellement en l'apparition d'un souffle systolique discret (Mme J...).

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre forme, tous les signes régressent avec la réparation des pertes sanguines.

3) Chez notre patiente :

Si nous analysons les désordres cardiaques observés, nous voyons qu'ils se rattachent essentiellement au syndrome décrit dans l'anémie progressive chronique.

Nous avons noté un souffle systolique et des anomalies électriques paraissant témoigner d'une ischémie myocardique (ondes T inversées profondes et symétriques

en V2, V3). La radioscopie du thorax ne révélait pas d'augmentation de volume du coeur. Le rythme cardiaque, sinusal se situait à 90.

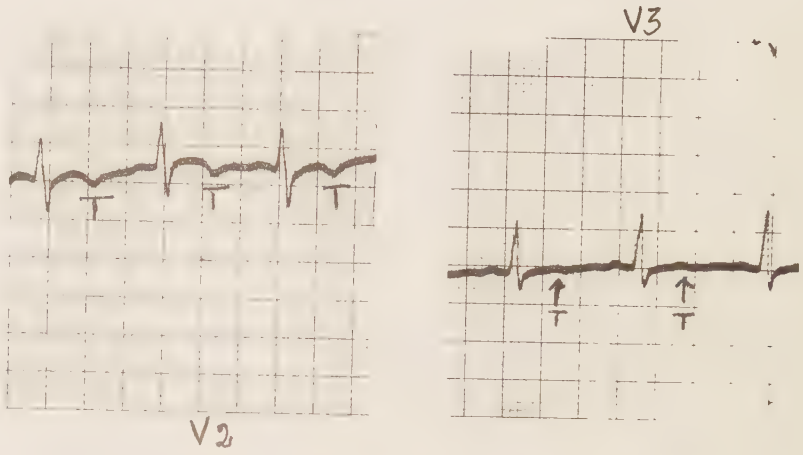
En fait, ce que nous avons observé se rapproche curieusement de ce qui peut être rencontré dans l'anémie de Biermer, type même de l'anémie à constitution très lente, très progressive.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature relative aux tumeurs bénignes de l'estomac d'autres exemples d'ischémie myocardique isolée en rapport avec l'anémie. Notre observation nous paraît spécialement intéressante car elle concerne une femme jeune (contrairement à la plupart des cas d'ischémie observés chez le Biermerien) dont on peut supposer que le réseau coronarien était indemne.

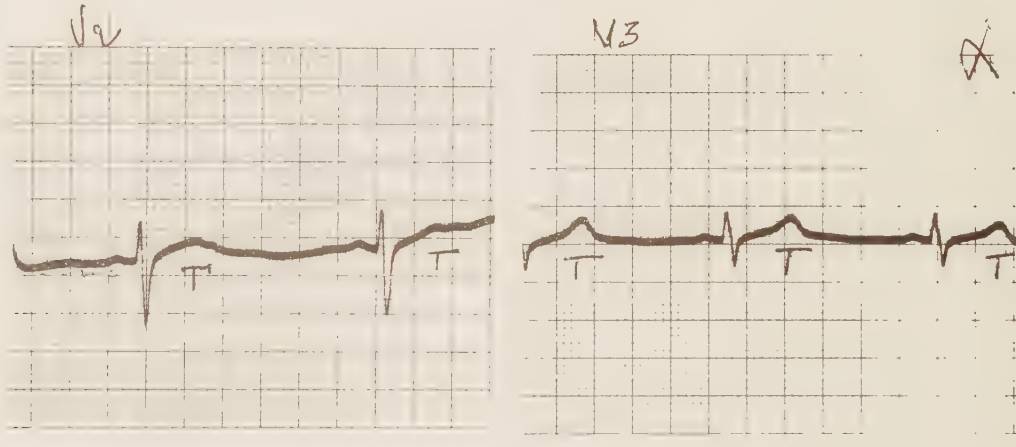
Cette observation, de même que la normalisation très rapide des dérivations précordiales sous l'influence de la correction de l'anémie par les transfusions, est en faveur de la nature authentiquement ischémique de l'inversion de l'onde T.

Observation nº I : schwannome de l'estomac.

(Mme J. ; 48 ans.)



E. C. G. du I2-XI-I968 : (ondes T ischémiques)



E. C. G. du I6-XI-I968 : (ondes T normalisées)

Schéma d'un cliché en couche mince ;

P. A. : poche à air gastrique.

B. : bulbe duodénal.

: plicature gastrique imprégnée d'un résidu baryté.

La tumeur non imprégnée par la baryte possède tous les caractères radiologiques de la bénignité.

- CHAPITRE II -

OBSERVATION nº 2 :

TUMEUR MYOIDE INTRA MURALE DE L'ESTOMAC.

I - PRESENTATION DE L'OBSERVATION Nº 2 -

(la présente observation nous a été aimablement confiée par le Dr. CHEVALIER à Caen)

Mr. Ch.... 59 ans, tient avec son épouse un commerce (bazar) à Vimoutiers. Il consomme volontiers de l'aspirine pour calmer des céphalées épisodiques, peu intenses.

Au mois de juin I967, Mr. Ch... ressent un malaise soudain comportant :

- des vertiges,
- des bourdonnements d'oreilles,
- une dyspnée.

Cet incident cède environ I5 minutes plus tard, "aidé" en cela par l'absorption d'un comprimé d'aspirine (sic). Mais le surlendemain, l'apparition d'un maelena important décide le patient à consulter.

L'interrogatoire rapporte :

- de vagues douleurs abdominales localisées plus volontiers aux deux fosses iliaques.
- une lithiase biliaire, découverte radiologique n'ayant jamais provoqué de crise typique.
- une crise de colique néphrétique gauche en I956.

La coloration des téguments et des muqueuses est pratiquement normale. On note même quelques varicosités des

pommettes et un embonpoint soutenu. Il n'existe ni oedèmes, ni ictère, ni signes cutanés anormaux, ni adénopathies.

Bien que volumineux l'abdomen ne présente ni circulation collatérale, ni ascite. Son palper ne décèle ni splénomégalie, ni hépatomégalie.

La numération globulaire dénombre 2 300 000 hématies. Plusieurs transfusions sont alors nécessaires. Les selles deviennent normales rapidement.

Huit jours plus tard les examens complémentaires indiquent:

- numération globulaire formule sanguine : normale,
- tests hépatiques de flocculation : normaux,
- épreuve de la brome-sulfone-phtaléine : normale.

Un lavement baryté effectué au I2 ème jour ne révèle aucune anomalie.

En accord avec son médecin traitant, le patient décide d'aller consulter avec ses radiographies le Dr. CHEVALLIER (aout I967).

Celui-ci complète l'exploration digestive.

La rectoscopie et le toucher rectal sont normaux.

Le transit gastro-duodénal ne découvre pas de varices oesophagiennes. Par contre, position debout, en demi-réplétion et sous compression dosée, une image lacunaire à contours nets apparaît à l'angle de la petite courbure ; grosse comme une noix, cette image est constante sur tous les

clichés (voir schéma).

En radioscopie les champs pulmonaires sont normaux.

On évoque alors la probabilité d'un adénome gastrique. Le malade est confié au chirurgien (Dr. MAYAUX) qui intervient le 25 septembre I967. Le palper gastrique retrouve la tumeur ronde, mobile. L'abord par gastrotomie antérieure découvre une formation non ulcérée strictement intra-murale. Son ablation peu délabrante permet d'obtenir des suites opératoires simples.

L'examen clinique et radiologique pratiqué 22 mois après demeure satisfaisant. Le malade n'accuse aucun trouble. La numération globulaire est normale. L'aspirine lui a été déconseillé cependant.

Etude anatomo-pathologique (Dr. ROUSSELOT)

La tumeur siège dans la sous-muqueuse. Elle est grossièrement arrondie et mesure de I5 à 22 mm de diamètre.

A l'examen microscopique elle apparait constituée de lobes assez bien individualisés ; volumineux, arrondis ou à contours polycycliques.

Les éléments ont un noyau arrondi, finement structuré, un protoplasme légèrement acidophile, assez abondant, bien limité, sans différenciation fibrillaire.

Ces éléments sont dans la partie profonde en continuité avec les fibres musculaires lisses des couches musculeuses de l'estomac.

II - DISCUSSION DE L'OBSERVATION Nº 2 -

A) Aspirine et saignements digestifs.

La prise de médications irritantes pour la muqueuse gastrique (aspirine, phénylbutazone, corticoïdes, etc;...) ou d'anticoagulants peut s'accompagner d'un saignement digestif d'importance variable.

Cette éventualité fréquente peut survenir alors que l'estomac était antérieurement parfaitement sain. Mais elle doit avant tout faire craindre une lésion organique préexistante dont la présence se trouve ainsi révélée plus ou moins brutalement.

L'anti-inflammatoire ou l'anti-coagulant n'explique pratiquement jamais à lui seul une hémorragie digestive. On comprendra alors la nécessité absolue de pratiquer un examen digestif (radiologie, voire endoscopie) en de telles circonstances.

Enfin, des saignements répétés accompagnés d'examens radiologiques renouvelés et normaux, justifient l'artériographie sélective mésentérique supérieure (20) voire une laparotomie exploratrice (8I).

B) La découverte histologique.

L'individualisation des tumeurs myoïdes de l'estomac date de I960 (MARTIN J. F. et coll.).

Ces tumeurs ont une nette prédominance masculine.

D'autre part elles se situent à la limite entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes.

Les problèmes évolutifs et histologiques qu'elles soulèvent seront développés lors de l'étude anatomo-pathologique. (Chap. V)

Observation nº 2 : tumeur myoïde intra-murale

(Mr Ch.... 49 ans)

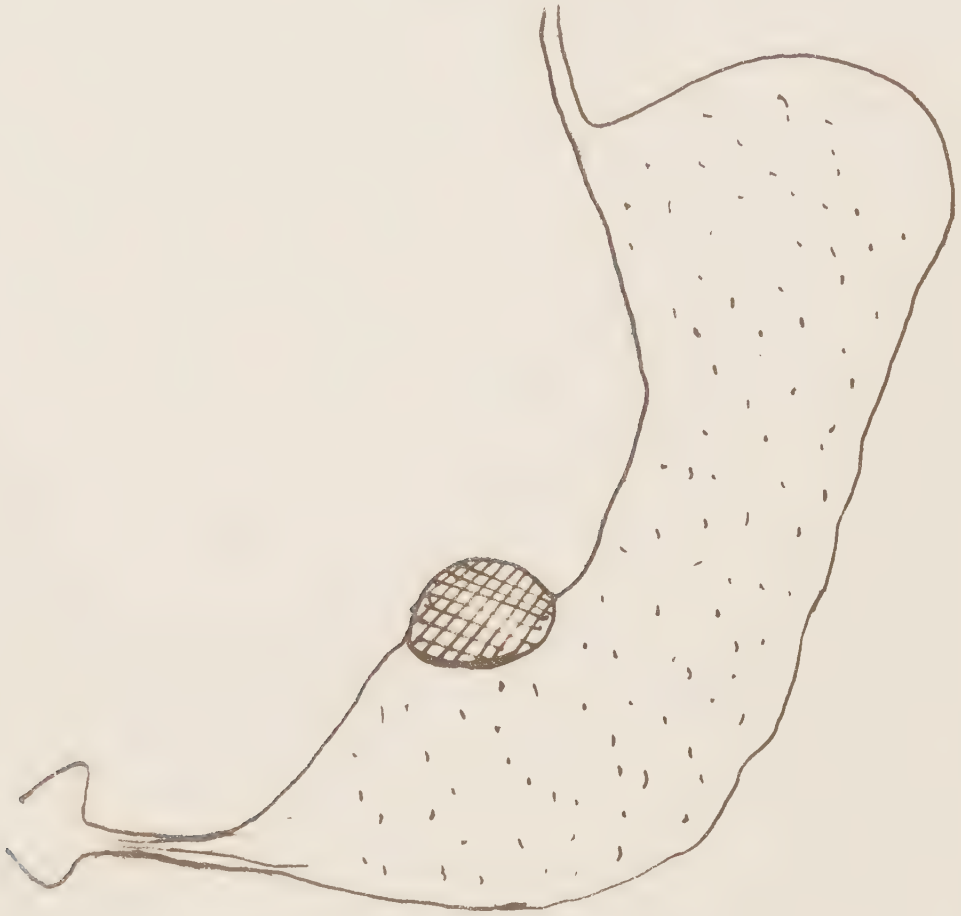


Schéma d'un cliché en demi-réplétion (position debout).

La tumeur (hachures croisées) est parfaitement visible sur la petite courbure gastrique. La baryte ne l'imprégne pas; ses contours sont particulièrement nets.

- CHAPITRE III -

E T U D E C L I N I Q U E

I) - LES ASPECTS CLINIQUES HABITUELS -

Les tumeurs bénignes de l'estomac se signalent plus volontiers entre 40 et 60 ans. Leur fréquence est identique pour les deux sexes (I9, 49). Seules les tumeurs myoïdes ont une prédominance masculine. (55, 74).

Le comportement des tumeurs gastriques dépend :

- de leur taille,
- de leur siège, près ou loin des zones sphinctériennes.
- de leur extension endo et/ou exogastrique,
- de leur tendance à s'ulcérer (saignements).

La plupart demeurent longtemps silencieuses. Leur découverte se fait :

- soit fortuitement lors d'un examen systématique (radiologie, chirurgie, endoscopie)
- soit à l'occasion d'une complication évolutive.

Les troubles qui amènent le patient à consulter sont divers. Il n'existe pas de symptomatologie générale des tumeurs bénignes.

A) - Les Hémorragies -

Elles interviennent dans plus de la moitié des cas de tumeur bénigne. Les tumeurs mésenchymateuses saignent beaucoup plus que les tumeurs épithéliales. (Bockus).

Les hémorragies peuvent rester discrètes et se traduire seulement par une anémie hypochrome "primitive" (I9,

49).

Bien souvent elles s'extériorisent sous forme de meloena isolé (Mme. J... ; Mr. C...). Les hématémèses seraient moins fréquentes. Au cours de leur évolution, les tumeurs bénignes gastriques ont tendance à répéter leur saignement selon un même mode : moelena, hématémèse ou anémie.

Les déperditions massives mettant les jours du malade en danger semblent rarement le fait des tumeurs bénignes. A ce propos Debray Ch. et coll. rapportent un cas de schwannome chez une femme de 72 ans dont l'issue fut fatale peu après l'admission à l'hôpital.

Les saignements peu importants mais continus ne sont pas sans gravité ; s'ils retentissent peu sur la pression artérielle et n'entrainent pas un danger de collapsus immédiat, ils affaiblissent par contre le patient, entrainent une perte protidique importante et accroissent d'autant le risque opératoire (Mme J...). De plus ces hémorragies peuvent s'aggraver à tout moment et provoquer un collapsus gravissime.

Le tableau clinique habituel est celui d'une anémie franche avec la fatigue, l'essouflement à l'effort, les céphalées, les vertiges, l'appétit capricieux. On remarque la pâleur des téguments et des muqueuses (conjonctivales mais aussi rectales). Enfin un souffle dit anémique et même des modifications électrocardiographiques

de type ischémique peuvent apparaître de façon transitoire. (Mme J...)

Les tumeurs bénignes gastriques peuvent saigner autant qu'un ulcère. C'est d'abord ce diagnostic que l'on évoque devant une hémorragie sévère.

B) - La douleur -

La douleur reste le symptôme le plus commun. Parfois rythmée et périodique, d'allure pseudo-ulcéreuse elle demeure bien souvent peu caractéristique. Le malade accuse des crampes, des tiraillements, des brûlures, des pesanteurs plus volontiers post-prandiaux. Ces douleurs varient selon les jours et en dehors de complications, leur intensité reste faible.

On conçoit alors le peu d'inquiétude qu'elles suscitent chez le patient et son médecin. Seules leur persistance, leur aggravation amèneront à pratiquer un examen radiologique. Ailleurs elles ne sont retrouvées que dans l'interrogatoire à l'occasion d'un accident hémorragique (Mme J...).

C) - L'altération de l'état général -

L'amaigrissement parfois important serait assez fréquent surtout dans les formes douloureuses. Il peut s'accompagner d'anorexie, de troubles dyspeptiques, d'asthénie. Aussi pourra-t-on quelquefois évoquer le diagnostic

violentes de quelques heures entre lesquelles le calme est souvent total. Ces accidents consistent en :

- douleurs épigastriques vives,
- vomissements alimentaires puis à sec,
- intolérance gastrique absolue.

Ce caractère évolutif particulier les fait encore appeler "tumeurs à clapet" (Vullier).

c) Les formes ébauchées sont fréquentes. Elles comportent des nausées et des vomissements isolés ou associés à des crises douloureuses. Elles précèdent souvent la survenue d'une grande crise.

Certaines positions en favorisant l'engagement transpylorique de la tumeur déclencheraient la crise (I9). Bien souvent le palper découvrirait une masse épigastrique qui correspond à la tumeur et au boudin d'invagination.

Les tumeurs pyloriques et pré-pyloriques s'invaginent facilement et se désinvaginent aussi aisément. Elles donnent rarement des signes d'obstruction pylorique.

Enfin une tumeur gastrique ainsi prolabée n'est pas obligatoirement bénigne : des épithéliomas authentiques peuvent provoquer la même complication. L'adénomyome antro-pylorique peut également engendrer

un syndrome de sténose pylorique (Campbell I949, Mac Nulty I967).

3) - L'obstruction du cardia.

La dysphagie au cours des tumeurs bénignes gastriques est extrêmement rare. Tous les auteurs insistent sur cette particularité à tel point que son existence doit faire craindre une tumeur maligne.

Quand par exception, la tumeur a pu s'invaginer à contre courant dans le bas oesophage, il s'ensuit :

- soit une dysphagie aigue (Auguste, Dalannoy et Tacquet en I953).
- soit une dysphagie intermittente (Feldmann I957)

4) - Volvulus et plicature gastrique.

Ces accidents rarissimes s'observent en cas de volumineuse tumeur endo ou exogastrique (Diacono ; Ker) dont la masse fait basculer ou volvuler l'estomac.

Le volvulus aigu engendre un tableau dramatique d'occlusion haute toujours sanctionné par l'intervention chirurgicale rapide.

Des crises intermittentes et moins intenses peuvent survenir pour une position déterminée (décubitus dorsal pour les quelques observations de la littérature).

B) - Les tumeurs palpables - (I9, 6I, 68, 7I)

Ces cas inhabituels correspondent aux tumeurs sous-muqueuses dites conjonctives (léiomyomes ou schwannomes le plus souvent).

I) - Les formes endogastriques restent exceptionnelles. Leur siège épigastrique, plus ou moins latéralisé à gauche oriente d'emblée vers une lésion gastrique.

2) - Les formes exogastriques sont relativement plus fréquentes. On les découvre non seulement au creux épigastrique, mais aussi dans les hypochondres, dans la région sous-ombilicale, voire dans le pelvis.

Elles se mobilisent aisément et peuvent disparaître dans certaines positions. Elles ne contractent pratiquement jamais d'adhérences.

Leur origine gastrique ne sera bien souvent affirmée qu'au cours d'une laparoscopie ou d'une laparotomie. Entre temps et surtout en l'absence de tout autre symptôme clinique, cette tumeur aura fait envisager de multiples étiologies. (kyste ovarien, gros rein, tumeur du mésenter....)

C) - Tumeur associée à un ulcus gastrique -

Cette éventualité n'est pas rare (I7, I9). Même lorsqu'un ulcère n'est pas décelé par l'examen radiologique il faut se garder de rattacher le syndrome ulcéreux à la tumeur bénigne gastrique. En effet celle-ci ne donne pratique-

ment jamais un syndrome ulcéreux vrai. Aussi devra-t-on rechercher attentivement (radiologie, gastroscopie) un ulcère concomitant.

D) - Manifestations cutanéo-muqueuses. -

Elles seront recherchées systématiquement.

I) - L'anémie outre la pâleur peut quand elle se prolonge modifier l'aspect des phanères et des muqueuses. Les ongles striés, cassants peuvent devenir plats (platonychie) ou même concaves, en cuiller (Koïlonychie). Des rhagades peuvent être constatées aux commissures labiales. La langue peut être altérée, enflammée ou dépapillée.

Ces perturbations ont longtemps été tenues pour spécifiques des anémies hypochromes primitives." Elles sont en fait, liées à la durée de l'insuffisance en fer et n'apparaissent qu'après plusieurs années, ce qui explique et leur possible présence et leur rareté dans les anémies secondaires". (II)

2) - La maladie de Rendu-Osler.

Cette angiomatose hémorragique familiale débute habituellement dans l'enfance et compte surtout des épistaxis répétées, prolongées, s'intensifiant avec l'âge.

Les télangiectasies surviennent par poussées chez l'adulte jeune. Elles seront recherchées :

- aux mains
- à la face, aux lèvres et à la langue.

Des angiomes viscéraux (pulmonaires, digestifs) peuvent s'y associer. (34, 76)

3) - Le "blue rubber bleb noevus". (76)

Ces angiomes isolés ou multiples constituent de véritables sacs sanguins, dermiques ou sous-cutanés, rénitents voire érectiles, mais réductibles comme une tétine ou une balle de caoutchouc. Ils ne possèdent pas de localisation préférentielle, saignent rarement, n'ont aucune tendance à régresser. Des anomalies sudorales les accompagnent parfois. Depuis la cavité buccale jusqu'au rectum, tout le tractus digestif peut comporter des formations identiques.

4) - Maladie de Von Recklinghausen - (76)

Cette géno-neuro-splanchnodermatose associe des tumeurs cutanées et des taches pigmentaires.

a) - Les tumeurs cutanées.

- Les tumeurs superficielles sont représentées : par les fibromes mous, disséminés sans systématisation mais intéressant plus volontiers le tronc ; ce sont des saillies arrondies, de taille

variable sessiles ou pédiculées, de consistance mollasse, mobilisables sur le plan profond ; la peau en regard est souvent normale.

Par les formations molluscoïdes de consistance lâche, dépressibles, s'étalant sous une peau frippée de coloration normale ou légèrement ardoisée ; on peut palper à l'intérieur, des cordons " en paquets de ficelle " très évocateurs (névrome plexiforme).

- Les tumeurs profondes sous cutanées ou sous aponévrotique saillent parfois sous la peau mais sont découvertes grâce au palper systématique du thorax et des membres. Ce sont, sous une peau normale des noyaux bien limités, arrondis, fermes, indolents. Le groupement le long d'un trajet nerveux, la forme allongée, la mobilité latérale feront soupçonner leur origine nerveuse.

- L'évolution de ces tumeurs est indéfinie, leur nombre pouvant augmenter progressivement. On suspectera la dégénérescence maligne lorsqu'une tumeur s'accroit rapidement, devient douloureuse et prend un aspect inflammatoire. Il faut noter à ce propos l'influence néfaste des traumatismens, voire d'une biopsie ; il semble préférable

de s'abstenir au nom d'une élémentaire prudence de tout prélèvement biopsique.

b) - Les taches pigmentaires représentent une simple surcharge de la couche basale en mélanine. Elles n'évoluent pas et ne dégénèrent pas.

L'association à une localisation viscérale est plus fréquente dans les formes graves de neurofibromatose.

5) - Le syndrome de Peutz-Jeghers-Touraine ou lentigino-polypose digestive.

Ce syndrome rare associe une polypose digestive et une lentiginose péri-orificielle de caractère héréditaire. Il y aurait actuellement I40 cas publiés (75, 78).

Trois sortes d'éléments le caractérisent :

a) La lentiginose.

Il s'agit de petites macules pigmentaires, arrondies, à limites nettes, séparées par des intervalles de peau saine. Leur teinte, en général uniforme varie du jaune brun au noir. La surface est lisse, plane, parfois légèrement bombée.

Les lentigines sont plus ou moins nombreuses sur le visage où elles se localisent autour des orifices (narines, yeux et surtout bouche). On note parfois quelques éléments à la face dorsale des doigts. Elle apparaissent dès la naissance ou dans la première

enfance.

Ces lentigines s'accompagnent de taches pigmentées bleues de la muqueuse buccale, en particulier sur les lèvres. Elles ressemblent aux taches provoquées par les antipaludéens de synthèse.

L'examen histologique montre une augmentation considérable du nombre de mélanocytes qui gonflent les bourgeons interpapillaires de l'épiderme hyperplasique et hyperpigmenté.

b) - La polypose.

Elle siège surtout sur le grêle, mais peut intéresser fréquemment l'estomac, le rectum et le côlon. La dégénérescence serait surtout le fait des polyposes recto-coliques familiales (I2).

c) - Le caractère héréditaire.

La transmission se fait selon le mode dominant. En I959, Christiaens L., Fontaine G., et Defoort G., à l'occasion d'un cas, retrouvaient dans une même famille groupant I07 membres, I6 cas de syndrome de Peutz-Jeghers, avec II vérifications opératoires.

L'étude au microscope électronique permettrait de considérer ces polypes comme des hamartomes. (25)

III - MECANISME DES SIGNES CLINIQUES -

A) - Les hémorragies -

Elles intéressent en règle les tumeurs à développement endo-gastrique et d'origine sous-muqueuse.

I) - L'ulcération apicale.

Unique ou multiple elle est de largeur et de profondeur variables.

a) Plusieurs éléments expliquent sa survenue :

- l'usure mécanique de la muqueuse,
- l'ischémie de la tumeur qui en grossissant n'est plus suffisamment irriguée par le pédicule basal.
- l'infarctus central de la tumeur,
- la digestion peptique de la muqueuse tendue et comprimée au sommet de la tumeur.

b) L'effraction des vaisseaux de la muqueuse et des vaisseaux intra-tumoraux porte la responsabilité du saignement.

c) La cicatrisation est possible comme le montre la présence non exceptionnelle d'une ou de plusieurs cicatrices anciennes sur certaines pièces opératoires.

" C'est probablement ainsi que s'explique l'arrêt spontané de certains saignements et le long intervalle libre pouvant séparer 2 accidents hémorragiques " (Ch. Debray et S. Veyne).

d) Rarement, l'ulcération siège au pied du pédicule ou près de l'implantation de la tumeur.

2) - Le saignement des tumeurs épithéliales est rare. Il doit faire redouter une dégénérescence maligne.

3) - Ulcérations et hémorragies.

a) Toutes les ulcérations apicales ne saignent pas, du moins de façon abondante. Dans sa thèse, Simone Veyne rapporte le cas d'un léïomyome de la grosse tubérosité découvert fortuitement à l'occasion d'une radiographie thoracique ; la tumeur bien qu'ulcérée à son sommet n'avait donné aucun signe hémorragique. (obs. nº I9)

b) Inversement, il est des hémorragies sans ulcération (cas de Mme J... et de Mr. Ch... ; 6 cas pour I7 hémorragies dans la thèse de S. Veyne). Plusieurs hypothèses sont proposées :

- la guérison d'une ulcération
- la diapédèse hématique consécutive à l'hypervascularisation ou à l'hémorragie intra-tumorale.
- les lésions gastritiques associées

4) - Les médicaments irritants la muqueuse et les anticoagulants.

Les corticoïdes, la phényl butazone ou les dérivés salicylés provoquent bien souvent un saignement (Mr. Ch..).

On peut en quelque sorte admettre que le patient réalise à son insu une épreuve diagnostique peu recommandable. Quoiqu'il en soit, toute hémorragie survenue à l'occasion d'une telle prise médicamenteuse (aspirine bien souvent) devra faire rechercher une lésion gastrique préexistante.

B) - Les douleurs -

I) - Les tumeurs antrales engendrent plus souvent des douleurs que celles plus haut situées, du corps et de la grosse tubérosité.

Il est possible que les troubles du péristaltisme particulièrement important dans cette région, en soient la cause. Le même phénomène mécanique peut entraîner l'invagination transpylorique intermittente de certaines tumeurs.

2) - La plicature et le volvulus plus ou moins importants et intermittents sont le fait de certaines tumeurs volumineuses à développement endogastrique.

3) - La gastrite bien souvent associée aux tumeurs épithéliales assume une partie de la responsabilité des douleurs. Eklöff a pu constater ainsi la persistance des signes douloureux après éxèrèse limitée, donc sans gastrectomie, de la tumeur.

C) - L'amaigrissement -

Il apparait dans la mesure où existe de l'anorexie, des douleurs et parfois des nausées ou des vomissements. L'altération importante de l'état général peut survenir dans des cas de tumeurs authentiquement bénignes (II, 49)

Inversement certaines dégénérescences malignes ne donnent aucun signe général.

Enfin l'association à un cancer de siège digestif ou non peut se voir. (26)

D) - L'invagination transpylorique -

Elle intéresse seulement les tumeurs pédiculées.

I) - Invagination partielle.

a) Tumeurs pré-pyloriques.

Elles entrainent la muqueuse qui glisse sur la sous-muqueuse laissant la musculeuse et la séreuse en place. L'estomac conserve donc extérieurement sa forme normale (Fig. 6 a).

b) Quand la tumeur siège loin du pylore et si son volume est suffisant les contractions gastriques la happent, exercent des tiraillements sur sa base d'implantation, entrainent la paroi gastrique.

La tumeur devient de plus en plus mobile et finit par franchir le pylore. Là encore, seule la muqueuse peut être entrainée. Mais bien souvent, toute la paroi

et même les feuillets épiploïques sont aspirés : c'est alors une invagination complète.

2) - Invagination complète -

a) Centrale (fig. 6 b).

Invagination et intestin confondent leur axe. Dans ce cas le collet d'invagination est au pylore ; il étrangle l'estomac dont la lumière devient virtuelle. Le mécanisme est superposable à celui des invaginations iléo-iléales ou iléo-coliques.

b) Latérale (fig. 6 c)

Le point de départ du cône d'invagination siège sur la grande courbure ou sur une face gastrique. Seule une partie de la circonférence s'invagine. L'axe de l'invagination fait alors un angle plus ou moins ouvert avec l'axe de l'intestin.

IV - EXAMEN RADIOLOGIQUE -

Dans la grande majorité des cas, c'est au cours d'un examen radiologique gastrique que sera évoqué le diagnostic de tumeur bénigne.

A) - Les techniques -

En cas d'hémorragies (hématémèses surtout) un délai de IO à I5 jours est souhaitable qui permettra l'évacua-

tion des caillots sanguins source d'erreurs lors de l'interprétation des clichés.

L'exploration radiologique nécessite l'absorption fractionnée d'un repas baryté (la bouillie sera épaissie en cas de gastrectomie). Elle procède selon deux stades indissociables l'un de l'autre en pratique :

- l'examen radioscopique,
- l'examen radiographique,

Le téléradiocinéma qui associe ces deux techniques permet une étude dynamique précise.

La radioscopie est grandement améliorée par l'utilisation d'un amplificateur de brillance. La téléradioscopie a pu la remplacer avantageusement.

Il sera possible alors :

- de suivre la progression du repas baryté
- d'étudier la cinétique gastrique et la souplesse pariétale, aidé en celà du palpateur externe.
- de repérer les meilleurs incidences pour le tirage des clichés.

L'étude sous compression et en couche mince, les tomographies, le contraste aérique (insufflation gastrique, pneumopéritoine), les agents pharmacodynamiques apporteront aussi un précieux concours.

L'artériographie sélective pourra exceptionnellement, être proposée (20).

Enfin chez les sujets qui saignent, un cliché pulmonaire de face, ou un simple " coup d'oeil " radioscopique écartera toute surprise.

B) - Les caractères selon le siège -

I) - La grosse tubérosité.

Si la tumeur possède un volume suffisant, on pourra la découvrir en radioscopie, mais beaucoup plus sûrement encore sur les clichés pratiqués en position debout (de face, en oblique antérieure droite, ou de profil).

L'image apparait :

- soit spontanément visible, sans produit de contraste, opacité se projetant sur la clarté de la poche à air lorsque l'aérogastrie est suffisante (observations 8 et I9 de la thèse de Veynes S.).

- soit mieux encore après absorption de bouillie barytée ; on voit alors la partie supérieure de la tumeur se détacher sur la clarté de la grosse tubérosité où l'air se trouve refoulé par la baryte, alors que sa partie inférieure reste noyée dans cette baryte ; on obtient ainsi l'image classique en " coucher de soleil sur la mer ".

Parfois un mince liseré baryté cerne la tumeur et lui adhère facilitant encore la lecture du film.

2) - L'antre -

Les films pratiqués en procubitus permettent de préciser l'aspect d'une tumeur bénigne antrale, souvent décelée déjà sur les clichés debout. Sessile ou pédiculée, l'image se détache sur le fond baryté qui la cerne.

Les tumeurs pédiculées (polype en règle) siègent préférentiellement dans cette région. Le pédicule plus ou moins long permet la mobilisation sous le palpateur. Il arrive que ce pédicule soit lui-même directement visible au sein de la baryte, rattachant la tumeur à la paroi. Celle-ci au point d'implantation porte une petite dépression ou une encoche en " coup de gouge ". La recherche du pédicule est toujours facilitée par l'examen en couche mince et sous haute tension. Lorsque le pédicule est suffisamment long il peut arriver que la lacune ronde soit retrouvée au niveau du bulbe à un examen ultérieur, à la suite d'une invagination transpylorique. Cette éventualité sera étudiée à part.

3) - Portion verticale et bas-fond -

Les tumeurs siègeant à ce niveau sont assez difficiles à découvrir. Si leur taille est trop faible, elles restent noyées dans la baryte en position debout et la

compression spontanée exercée en procubitus est souvent insuffisante pour les faire apparaitre.

C'est alors sur un film en profil ou sur le cliché en couche mince, ou encore grâce à la compression dosée sous écran qu'elles seront mises en évidence. (Mme J...)

Par ailleurs, toute tumeur dont le diamètre n'atteint pas I cm reste invisible en radiologie. Elle peut encore, même avec cette taille se trouver cachée par un gros pli muqueux.

4) - Cas particuliers -

La recherche de la tumeur rencontre des difficultés :

- lorsqu'elle se développe dans une hernie diaphragmatique,
- lorsqu'elle s'associe à un volvulus gastrique,
- lorsqu'elle se développe sur un moignon de gastrectomie.

C) - Etude complémentaire de la tumeur -

Elle vise à délimiter exactement les contours, précise si possible l'aspect de la zone d'implantation et donc la nature évolutive de la tumeur.

On pratique alors des films avec insufflation gastrique, d'abord sans, puis avec produit de contraste baryté. L'incidence la meilleure est repérée radioscopie, puis

des clichés tirés selon cette incidence.

Enfin dans certains cas difficiles et en particulier lorsque pourra être discuté le siège intrinsèque ou extrinsèque d'une telle opacité, l'examen pourra encore être parfait à l'aide de coupes tomographiques, au besoin selon les trois dimensions de l'espace, après insufflation gastrique assortie ou non d'un pneumopéritoine (ce qui réalise une pariétographie).

Les tumeurs bénignes présentent trois caractères communs :

- la lacune typiquement unique, souvent multiple traduit radiologiquement la tumeur. Régulière, arrondie, parfois polycyclique, c'est toujours une image à limites nettes ;
- la paroi gastrique voisine conserve sa souplesse sous le palpateur et laisse passer les contractions;
- les plis gastriques peuvent être déviés mais gardent leur plasticité.

D) - L'invagination transpylorique -

I) - Tumeurs juxta-pyloriques.

Dans le cas le plus fréquent, la tumeur n'entraîne que la muqueuse au cours de l'invagination ; ainsi apparaît-elle tantôt comme une tumeur antrale, tantôt comme une image claire dans le bulbe ou dans le duodénum plus ou

moins distendu. Le diagnostic de tumeur bénigne bulbaire ou duodénale est bien souvent porté.

Certains signes radiologiques peuvent cependant rétablir le diagnostic :

a) présence d'une bande claire transversale aboutissant au pylore : c'est le pédicule de la tumeur ;

b) constatation d'une lacune bulbaire proche du pylore, différente de la lacune tumorale et dûe au prolapsus transpylorique de la muqueuse antrale attirée à la suite de la tumeur.

c) présence de plis en accordéon, perpendiculaires à l'axe, provoqués par le tassement longitudinal de l'antre.

2) - Invagination complète et centrale.

Le transit baryté gastro-duodénal découvre une image lacunaire surmontée d'une opacité arrondie qui représente la partie non invaginée. Le diagnostic de cancer de l'estomac est presque toujours porté.

Cependant quelques particularités caractérisent ce type d'invagination (Muffang, Debray Ch., Veynes) :

a) La volumineuse lacune du bas estomac contraste avec le caractère récent d'une tumeur qui n'a pas altéré l'état général ;

b) L'arrêt inférieur de l'opacité apparait avec netteté

à l'inverse des lacunes néoplasiques d'aspect maréca-geux ;

c) La paroi gastrique conserve toute sa souplesse au voisinage de la lacune ;

d) Enfin des sillons gastriques serrés comme dans une bourse et remplis de baryte, strient verticalement le bord inférieur de l'opacité.

3) - Invagination complète et latérale -

Les anomalies vraiment curieuses portent sur l'estomac et sur le duodénum.

a) Dans l'estomac on remarque :

- une bande claire transversale plus ou moins large, un peu conique vers le haut et parcourant la portion horizontale ; elle correspond au pédicule et au cône d'invagination ;

- la disparition du bas-fond et les petites dimensions de l'antre ;

- la présence de sillons antraux, plus ou moins parallèles au pédicule correspondant aux plissements de la paroi gastrique tassée sur elle-même.

b) Dans le duodénum on relève :

- la visiblité médiocre ou nulle du pylore, du bulbe et d'une partie du duodénum, ces organes

étant remplis par le boudin d'invagination.

- la présence de la tumeur engagée plus ou moins loin et cernée par un mince liseret de baryte.
- la présence de stries parallèles, perpendiculaires à l'axe duodénal et représentant les plis transversaux de la muqueuse distendue par le boudin d'invagination.

Les symptômes radiologiques de l'invagination complète et latérale ne sont pas toujours présents. Signe essentiel, la bande claire transversale peut manquer si le pédicule est très mince ou si l'estomac est trop rempli. Il en va de même si le cône d'invagination trop volumineux remplit tout l'antre et ne permet pas à la baryte de gagner le duodénum ; on note alors une amputation totale du bas estomac dont il est impossible de reconnaitre la nature exacte.

Toutes ces invaginations soit complètes, soit partielles demeurent rares et seule l'intervention en fait bien souvent le diagnostic exact. Cependant, certains auteurs ont pu par la connaissance de ces images en poser formellement le diagnostic pré-opératoire (Leymarios T., Debray Ch. et Veynes S.).

E) - Les erreurs à éviter -

I) - Le cancer gastrique -

La nature maligne d'une tumeur se reconnait :

a) à ses contours irréguliers,

b) à sa base d'implantation large, infiltrant la paroi gastrique voisine qui perd sa souplesse,

c) à l'aspect des plis qui deviennent rigides, empesés, amputés.

d) au signe du drapé (Guttman) qui est inconstant.

Mais ces critères sont parfois mis en défaut. C'est ainsi qu'une tumeur pédiculée radiologiquement bénigne peut être en fait un authentique néoplasme. D'autre part, la dégénérescence des tumeurs bénignes est toujours possible.

L'expérience et l'argument de fréquence plaident en cas de doute pour la malignité. L'immuabilité de l'image ou sa croissance très lente seraient en faveur de la bénignité. Mais en fait l'intervention chirurgicale aidée de l'examen histologique seront nécessaires pour étayer le diagnostic radiologique.

Des manifestations gastriques peuvent exister au cours des hémopathies malignes (Hodgkin, lymphosarcome). La localisation digestive est exceptionnellement la première en date et le contexte clinique permet facilement le diagnostic (I7, 78).

2) - Le corps étranger dégluti -

Le noyau de fruit en particulier peut être une cause

d'erreur. Il faut savoir y penser ; mais l'interrogatoire la disparition de l'image pathologique lors d'un examen ultérieur, ou même sa mobilité anormale sous le palpateur ne laisseront pas de doute sur sa nature.

3) - Les varices gastriques -

Elles seront parfois prises à tort pour des tumeurs bénignes, d'autant que l'hémorragie gastrique, commune aux deux affections apportera un élément de confusion supplémentaire. Il faut savoir y penser en face d'une image lacunaire de la grosse tubérosité ou plus rarement de la région antrale. Les varices oesophagiennes associées seront recherchées ; au besoin une splénoportographie sera proposée.

4) - Les compressions extinsèques -

Une compression par le foie, par le pancréas, par une adénopathie peut-être confondue avec une tumeur bénigne de l'estomac et en particulier une ferme à développement exogastrique (Schwannome par exemple).

Dans ce cas, la pariétographie peut aider à trancher.

5) - L'ulcère de l'estomac -

Il peut être évoqué en cas de schwannome ulcéré. Nous avons par ailleurs cité les associations apparemment fortuites entre ulcère et tumeur bénigne (I7, I9).

6) - Chez les gastrectomisés divers aspects peuvent prêter à confusion :

- l'oedème de la bouche anastomotique
- un abcès de voisinage
- une compression par l'épiploen.
- l'invagination de la muqueuse jéjunale à travers la bouche anastomotique.

F) - L'hypothèse radiologique -

Là encore et comme toujours, il faut se garder de vouloir faire de l'anatomie pathologique sur les clichés radiologiques. Cependant, encore qu'ils ne soient pas absolument pathognomomiques, certains signes peuvent faire émettre une hypothèse sur la nature histologique.

Une tumeur ronde ulcérée en son centre, implantée sur la grosse tubérosité ou sur le corps gastrique a toutes les chances d'être un schwannome. Il en va de même pour les tumeurs à développement exogastrique surtout quand la bouillie baryté y pénètre.

Les polypes prédominent dans la région antrale. Ils réalisent des images lacunaires multiples, arrondies, volontiers pédiculées.L'antre peut ainsi revêtir divers aspects :

- en " cible trouée " classique mais rare,
- pseudo-polypoïde suggérant une maladie de Biermer,

- marécageux devant , avant toute chose faire évoquer le cancer.

Cependant les myomes, les tumeurs myoïdes et même les polypes peuvent s'ulcérer.

Inversement certains schwannomes ne présentent pas d'ulcération.Enfin nous avons vu que certaines tumeurs pédiculées à contours bien nets, étaient d'authentiques épithéliomas.

G) - La surveillance radiologique -

Les exérèses larges étant rares, la fréquence des complications propres aux gastrectomies sera moindre.

Les récidives sont à craindre en cas de polypose, de tumeur myoïde de Schwannome, ou d'hémangiome entre autres. La maladie de Recklinghausen y expose tout particulièrement.

Nous avons déjà évoqué les difficultés que rencontre l'examen radiologique des gastrectomisées.

Enfin la découverte d'une polypose gastrique peut justifier un lavement baryté ; de plus une détection systématique sera proposée à la famille. On adoptera cette même attitude en présence du syndrome de Peutz Jeghers Touraine et de la maladie de Recklinghausen (I2).

V - LA GASTROSCOPIE -

L'examen gastroscopique demeure rarement utilisé dans l'étude des tumeurs gastriques bénignes. Les premiers travaux importants sont dus à Schlindler et Meutier.

Eklöf, Erickson et Sahlin (I960) ont pratiqué 6 gastroscopies pour une série de I22 polyadénomes (28).

Skandalakis Gray Shepard (73) font la revue des léïomyomes et des léïomyosarcomes publiés de I938 à I960 ; sur I000 cas, ils notent 35 gastroscopies.

Debray Ch., Veyne S. (I962) réunissent par contre I7 tentatives de gastroscopie avec II fois un examen correct des lésions sur une série de 33 cas (I9).

A) - Conduite de l'examen -

Jamais la gastroscopie ne sera utilisée seule. L'examen radiologique la précédera toujours. En effet, une " gastroscopie dirigée " est plus précise que celle faite sans indication préalable.

I) - La tumeur.

Elle apparait dans le champ de l'endoscope comme une masse saillante se détachant plus ou moins nettement de la muqueuse voisine. On notera sa taille, sa forme, sa coloration, éventuellement une ulcération (au pôle apical en règle).

2) - La muqueuse voisine.

Elle demeure habituellement normale dans sa coloration et son plissement. La paroi est souple et se distend bien à l'insufflation.

3) - Le reste de l'estomac sera toujours examiné. On y recherchera :

- des tumeurs bénignes multiples
- des lésions associées (ulcère par exemple)
- des signes gastritiques.

4) - La gastro-biopsie dirigée assortie souvent d'un cyto-diagnostic sera réservée aux tumeurs superficielles, c'est à dire d'origine muqueuse.

L'étude cytologique du liquide gastrique ne revêt pas un grand intérêt.

B) - Les limites de la gastroscopie -

Cet examen est contre indiqué chez les sujets très affaiblis, en période hémorragique ou porteurs d'un anévrysme de l'aorte.

Des difficultés techniques peuvent y faire renoncer : sujets brévilignes, scoliotiques ; anomalie cardiale.

D'autre part, certaines régions restent inaccessibles au champ du gastroscope (Petite courbure sous angulaire, grosse tubérosité).

Enfin cet examen pénible pour le malade exige une technique éprouvée ainsi qu'une grande habitude de l'interprétation des images gastroscopiques.

C) - Les avantages -

L'endoscopie permet une vision directe de la tumeur, apprécie ses rapports avec la paroi gastrique et peut ainsi mieux préjuger de sa bénignité.

Elle reconnait certaines tumeurs de petites dimensions qui échappent à l'examen radiologique.

Elle permet de pratiquer éventuellement une gastro-biopsie.

Debray Ch. et Veyne S. affirment l'immense intérêt à utiliser la gastroscopie dans l'étude des tumeurs radiologiquement bénignes.

D) - En conclusion -

La gastroscopie ne semble pas souvent supérieure à la radiologie, que ce soit pour affirmer la simple existence d'une tumeur de l'estomac, sa bénignité ou sa nature histologique.

En cas de tumeur épithéliale, elle trouve une indication essentielle car elle permet :

- un meilleur examen de la muqueuse,
- une biopsie d'interprétation plus sûre que celle des examens extemporanés.

VI - LES INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES -

A) - Examen hématologique -

I) - L'anémie hypochrome sidéropénique.

L'hémorragie digestive est la cause la plus fréquente des anémies hypochromes sidéropéniques. Parfois les saignements minimes restent inaperçus et peuvent évoquer une anémie hypochrome primitive, d'où l'intérêt d'un examen minutieux de tout l'appareil digestif (49, I9, 8I).

a) La déglobulisation reste généralement modérée (3 à 4 millions). Elle peut être sévère (cas de Mme J...)

b) L'abaissement de la valeur globulaire. La chute du taux de l'hémoglobine est toujours nette ; la valeur globulaire est de l'ordre de 0,25, la concentration hémoglobinique environ 25 %.

Sur les frottis on note la microcytose nette, l'anisocytose, parfois la poïkylocytose. Surtout, la réduction de la charge des hématies en hémoglobine est manifeste. Leur coloration rose, qui traduit la présence d'hémoglobine, est limitée au pourtour de certains globules qui prennent la forme d'anneaux.

c) Le fer sérique est abaissé aux environs de 50 microgrammes % ; la capacité virtuelle de fixation sérique est excessive.

d) Les réticulocytes sont en nombre variable. Le nombre

des leucocytes peut être majoré, avec souvent polynucléose neutrophile. Les plaquettes sont normales ou modérément augmentées. La résistance globulaire, la bilirubinémie sont normales.

e) Le myélogramme montrerait une réaction érythroblastique (50 % au lieu de 30). Les sidéroblastes disparaissent ou sont en nombre très réduit.

2) - L'anémie mégaloblastique -

Elle est souvent masquée par l'anémie hypochrome et demeure infiniment plus rare.

Rappelons à ce propos que toute anémie Biermérienne doit entrainer l'examen gastrique (radiologie et endoscopie).

B) - Autres investigations -

La recherche systématique de sang dans les selles doit être répétée en cas d'hémorragies occultes (formes apparamment primitives des anémies hypochromes).

La protidémie apparait parfois diminuée.

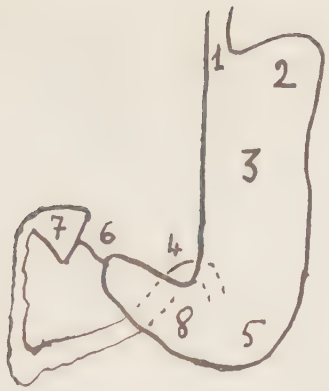
L'élévation de l'urée sanguine, l'albuminurie traduiraient les troubles rénaux secondaires à l'anémie aiguë.

CONCLUSION -

Les symptômes cliniques des tumeurs bénignes restent souvent discrets et ne sont jamais pathognomoniques.

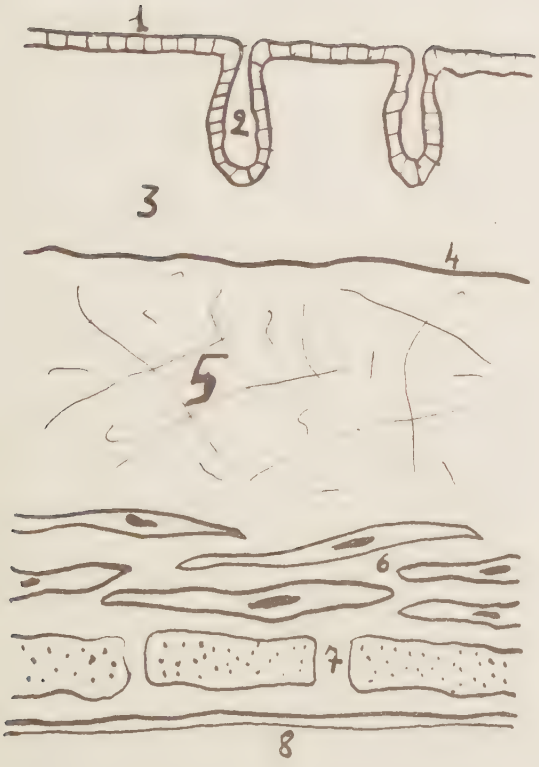
L'exploration radiologique vient confirmer les impressions recueillies à l'examen du malade. Elle émet un diagnostic et propose une hypothèse histologique. Elle est aidé en cela par la gastroscopie et mieux encore par la gastro-biopsie dirigée quand la tumeur siège superficiellement.

Cependant,seule la conclusion anatomopathologique formulée à l'issue de l'examen de toute la pièce d'exérèse établira définitivement le diagnostic. Encore est-il que, cette discipline connaisse aussi ses difficultés.



1 Cardia
2 Grosse tubérosité
3 corps gastrique (fundus)
4 angle duodéno jéjunal
5 bas-fond
6 pylore
7 bulbe
8 antre

Fig 1 Schéma radiologique de l'estomac (position debout)



1 épithélium de revêtement
2 glande gastrique - - - } muqueuse
3 chorion - - -
4 - - - - - - - - - musculaire muqueuse
5 - - - - - - - - - - - - sous-muqueuse
6 musculaire interne } musculeuse
7 musculaire externe
8 - - - - - - - - - - - séreuse

Fig 2 - Schéma histologique de la paroi gastrique (coupe transversale)

1 Cellule principale (adélomorphe)
2 Cellule bordante (délomorphe)
3 Basale
4 Lumière glandulaire

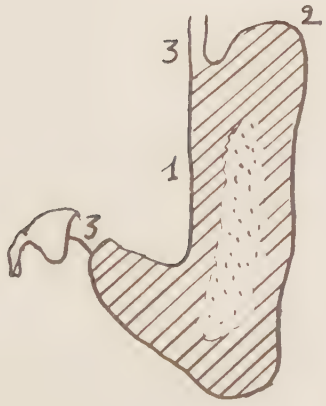
Fig 3:- Glande gastrique (détail de la muqueuse)

a) adénome

b) papillo-adénome

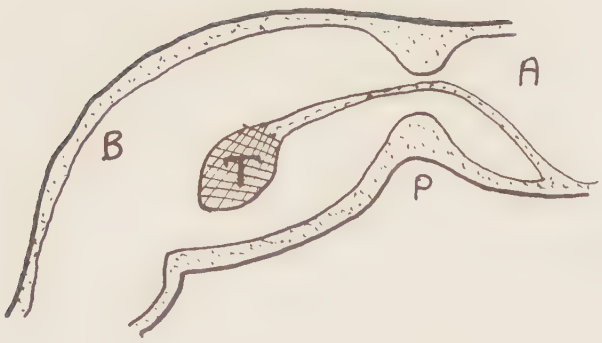
c) adénome pédiculé (ou polype)

Fig 4: Aspects macroscopiques des adénomes (d'après MASSON P.)



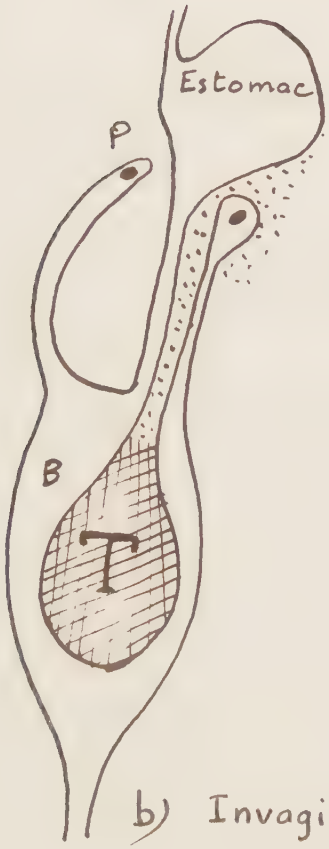
1	Petite courbure	37,5%
2	Grande courbure	25%
▨	Face antérieure	20%
▩	Face postérieure	12,5%
3	Pylore - Cardia	5%

Fig 5: Localisations gastriques des schwannomes; (fréquence selon Roberte-Jaspar, à propos de 246 cas)

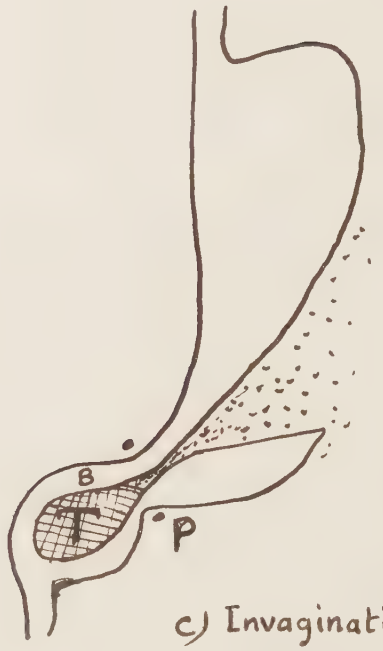


A antre
B bulbe
P pylore
T tumeur invaginée

a) Invagination partielle d'une tumeur antrale



b) Invagination complète et centrale



c) Invagination complète et latérale

Fig 6 : Les accidents pyloriques par Invagination.

(D'après Debray Ch. et Veyne S.)

- CHAPITRE IV -

LE TRAITEMENT DES TUMEURS BENIGNES

DE L'ESTOMAC.

I - LE TRAITEMENT MEDICAL -

Les pertes sanguines peuvent être alarmantes, même en dehors de tout collapsus (Mme J. ...). Des transfusions de sang conservé seront alors nécessaires, immédiatement.

Ainsi, pourra-t-on préparer le patient à l'intervention chirurgicale qui sanctionne pratiquement toujours le diagnostic de tumeur bénigne.

Les autres apports médicamenteux sont purement symptomatiques (douleurs, nausées). Il sera toutefois prudent d'interdire les médications irritant la muqueuse digestive et les anticoagulants, même après l'intervention.

De plus, un régime lisse assorti d'un protecteur de la muqueuse gastrique seront conseillés.

Certains signalent l'influence favorable de l'oxyferriscorbone sodique endo-veineuse, sur les poussées douloureuses de la neurofibromatose. (30)

II - LA CHIRURGIE -

A - GENERALITES -

En principe donc, la chirurgie est indiquée. Cependant, chez un sujet âgé, taré, on peut surseoir à l'intervention si la tumeur est unique ou si les tumeurs restent peu nombreuses, immuables à des examens radiologiques

successifs. Et encore, en pareil cas, peut-on intervenir si les hémorragies se répètent (49).

Seule l'étendue de l'exérèse engendre la contestation. " Le dilemme est cruel qui force à opter entre l'exérèse limitée d'une tumeur pédiculée et l'ablation large de l'organe. La première servie par sa facilité, sa rapidité, son innocuité, se voit reprocher ses résultats parfois moins satisfaisants à longue échéance. La seconde est plus mutilante, plus radicale certes, mais est-elle absolument nécessaire "? (L. Léger).

B - IES METHODES CHIRURGICALES -

L'abord de la tumeur endogastrique nécessite une gastrotomie. Il en va de même pour les formes exogastriques localisées à la face postérieure.

I) - L'exérèse à minima -

a) L'énucléation simple

b) L'excision élargie passe à distance de l'implantation tumorale intéressant :

- soit la muqueuse
- soit toute l'épaisseur pariétale.

2) - Les différentes gastrectomies -

a) La gastrectomie partielle inférieure s'applique aux tumeurs bas situées.

b) La gastrectomie polaire supérieure est réservée aux localisations de la grosse tubérosité.

c) La gastrectomie moyenne intéresse les localisations au Fundus.

d) La gastrectomie totale est devenue rare.

C) - LES INDICATIONS OPERATOIRES -

I) - L'exploration per-opératoire s'éffectue après gastrotomie. Elle apprécie à la vue et au palper l'aspect, l'étendue de la tumeur, ses rapports avec la paroi saine, sa multiplicité éventuelle. Enfin, elle examine la muqueuse en regard et les chaînes lymphatiques loco-régionales.

La difficulté consiste à trancher entre bénignité et malignité. On ne peut jamais affirmer la bénignité d'une tumeur de l'estomac avant de l'avoir examinée histologiquement. Encore est-il parfois délicat au cours de cet examen de conclure formellement. L'examen anatomopathologique extemporané serait certes logique dans les cas litigieux et avant toute exérèse étendue. Mais il se heurte à des difficultés d'interprétations telles que beaucoup répugnent à en assumer la responsabilité.

2) - La tactique opératoire.

Son choix dépend :

- du diagnostic radiologique,

- du siège et de l'étendue des lésions,
- des données de l'exploration per-opératoire.

L'énucléation ne concerne que les tumeurs bien encapsulées, encore que leur multiplicité fasse discuter une gastrectomie segmentaire.

a) Cas des tumeurs épithéliales -

Le pourcentage élevé de dégénérescence de ces tumeurs (20 à 25 % et même 60 % pour certains auteurs) tend à faire préférer la gastrectomie.

En fait une telle attitude outrancière semble injustifiée. Ainsi Hupler, à propos de 465 cas, relève après examen de la pièce d'exérèse :

- 20 % d'épithéliomas glandulaires alors que l'exploration opératoire était en faveur de la bénignité,
- I4 % de polypes multiples et 9 % de polypes solitaires dégénérés. Or, les résultats éloignés se sont révélés aussi favorables, même pour les tumeurs dégénérées, qu'il ait été pratiqué une exérèse localisée ou une gastrectomie partielle.

Eklöff s'appuyant sur I76 cas de polypes adénomateux considère la récidive aussi fréquente après gastrectomie ou après excision simple.

Aret par contre rapporte un cas de cancer étendu qui s'est développé 2 ans après l'excision simple

d'un polype.

Il semble donc que la tactique opératoire doive s'adapter à la juste appréciation des signes permettant de soupçonner la dégénérescence :

- une base d'implantation large,
- une ulcération bourgeonnante,
- la fixité et la consistance ferme de la tumeur,
- la présence d'adénopathies qui peuvent être inflammatoires mais n'en demeurent pas moins suspectes,

feront préférer la gastrectomie.

b) Les léïomyomes et les schwannomes.

La fréquence de leur dégénérescence jointe à un volume souvent important avaient fait préconiser la gastrectomie comme traitement de choix de ces tumeurs (Neyraud ; Brocq ; Peycelon ; Hillemand).

Cependant, l'étude critique en fonction des résultats éloignés a amené à réviser totalement cette attitude. A propos de 72 schwannomes du tube digestif dont 32 localisations gastriques, Leroy et coll. (38, 47) relèvent 8 exérèses limitées avec d'excellents résultats pour des reculs de I à 8 ans. En revanche, parmi les gastrectomies, ils notent :

- I décès dans les suites opératoires,
- 5 mauvais résultats inhérents à la gastrectomie elle-même.

"Les larges exérèses régionales conçues pour les épithéliomas à diffusion lymphatique ne semblent pas s'appliquer logiquement à ces tumeurs schwannomes, qui sont différentes et ne possèdent pas ce mode de diffusion... Toutes les fois où la bénignité est certaine ou au moins probable, l'exérèse limitée nous semble de beaucoup bien préférable. En outre, dans les cas où la malignité est une surprise histologique après la pratique d'une exérèse économique, il semble indiqué de ne rien faire de plus, la guérison pouvant parfois être obtenue malgré tout".(38).

Sur 9 schwannomes opérés, Mouchet remarque que 2 d'entre eux traités par excision simple se sont révélés suspects à l'histologie. Il n'y eut pas de réintervention. Après 5 ans pour l'un et 3 ans pour l'autre, il n'est apparu aucune récidive (57).

Enfin, si la dégénérescence est massive, la gastrectomie ne peut espérer stopper l'évolution inexorable de la maladie, et il ne peut s'agir que d'une intervention de désespoir (I9).

Quelques réserves méritent cependant d'être faites en cas de lésions associées (ulcérations, épithéliomas). L'exérèse large serait alors justifiée (26). Il en va de même pour les formes exceptionnellement volumineuses (6I).

c) Les tumeurs myoïdes.

(5, I3, 32, 33, 35, 36, 4I, 42, 45, 49, 52, 53, 55, 69, 72, 74).Le nombre restreint d'observations (moins d'une centaine dans la littérature) et surtout le manque de recul post-opératoire ne permettent pas encore de juger les techniques utilisées. Il semble cependant que là encore les exérèses limitées doivent être la règle (74, Mr Ch...).

d) Autres cas.

- En cas de neurofibromatose de Recklinghausen, l'intervention expose aux récidives et provoques bien souvent la dégénérescence sarcomateuse (voir Chapitre V). L'exérèse limitée ne sera pratiquée qu'en dernier recours (en présence d'hémorragies récidivantes par exemple).

- L'exérèse limitée ou l'énucléation sont presque toujours applicables aux lipomes, pancréas aberrant ou fibrome (3, I9, 24, 5I, 8I).

- L'angiome pose des problèmes plus délicats. Tout dépend de sa nature, de son siège et de sa diffusion. Il faut avant tout éliminer une angiomatose diffuse (Roffo).

III - CONCLUSION -

Qu'il s'agisse de tumeur épithéliale ou de tumeur

conjonctive, il apparaît que la conduite à tenir ne puisse être fixée à l'avance et dépende des circonstances opératoires. La conduite chirurgicale se construit lors de l'expérience de l'opérateur va jouer un grand rôle.

" C'est à ventre ouvert que la décision sera prise en fonction d'un ensemble de facteurs locaux ou généraux... Autant la gastrectomie systématique est abusive, autant vouloir à tout prix ménager l'organe serait à la fois imprudent et dangereux. Il faut savoir adopter une attitude éclectique. Si le souci de la conservation se justifie par de bons résultats, la récidive n'en est pas moins réelle et c'est dans une juste appréciation visuelle des limites à donner à l'exérèse que se situe la prudence et la sagesse". (Lagache G.)

CHAPITRE V.

E T U D E

A N A T O M O - P A T H O L O G I Q U E

- - -

I - G E N E R A L I T E S -

A - ESSAI D'UNE DEFINITION HISTOLOGIQUE -

Il est fort délicat de cerner avec précision le cadre des tumeurs bénignes gastriques. L'étiologie, le potentiel évolutif restent incertains pour plusieurs d'entre elles.

On peut considérer comme tumeur bénigne de l'estomac, toute formation due à une superposition tissulaire prédominante, développée au niveau de la paroi gastrique, aboutissant à un tissu hyperplasique et autonome, évoluant sur un mode bénin.

B - CRITERES DE BENIGNITE -

Peuvent être retenus comme tels :

1 - L'accroissement très lent,

2 - Le caractère localisé,

3 - L'encapsulement (c'est à dire l'autonomie avec respect des tissus voisins),

4 - L'architecture ordonnée,

5 - L'absence de dissémination à distance.

Ces caractères ne sont pas toujours au complet, même pour les cas d'évolution parfaitement bénigne.

C - DIVISION ANATOMIQUE DE L'ESTOMAC -

L'estomac comporte deux parties : l'une longue et volumineuse (portion verticale), l'autre plus petite (portion horizontale).

I - La portion verticale (ou descendante) comprend :

a - La grosse tubérosité en haut (fig. I)

b - Le corps gastrique au-dessous (fig. I)

Ces deux régions sont séparées par un plan horizontal virtuel tangent au bord supérieur du cardia.

2 - La portion horizontale (ou antre) s'unit à la précédente au niveau de la portion gastrique la plus déclive ou petite tubérosité.

D - RAPPEL HISTOLOGIQUE -

La paroi gastrique se compose de dedans en dehors : (fig. 2)

- d'une muqueuse,
- d'une sous-muqueuse,
- d'une musculaire,
- d'une séreuse.

I - L'épitélium de revêtement.

Il comporte une seule couche de cellules prismatiques à pôle muqueux fermé, reposant sur une

basale anhiste.

Le mucus siège à l'apex et se colore par le P.A.S. (méthode de HOTCHKISS MAC MANUS).

Dans ce revêtement débouchent de nombreuses glandes plus ou moins profondes qui toutes ont un conduit excréteur de même structure que l'épithélium superficiel et se continuent avec lui. C'est à la jonction de ce tube excréteur et de la glande sous-jacente, au niveau du collet que se trouvent localisées en une zone annulaire, les cellules fertiles vouées à la rénovation du revêtement muqueux (MASSON).

2 - Les glandes gastriques.

Elles se répartissent en 2 types selon qu'il s'agit de la région fundique ou antro-pylorique de l'estomac.

a - Les glandes fundiques.

Ce sont des glandes en tube, droites, allongées et très resserrées à lumière réduite avec peu de chorion.

Chacune comporte - un collet.
- un corps.
- un fond.

Elles comprennent deux types cellulaires : les cellules principales et les cellules bordantes (fig. 3).

- Les cellules principales, les plus nombreuses sont claires polyédriques, à contours peu nets (d'où leur nom de cellules adélomorphes). Elles prennent le P.A.S. et sont basophiles. A l'apex s'accumulent les grains de Langley qui représenteraient la sécrétion de propepsine. Le noyau allongé est para-basal.

- Les cellules bordantes s'observent au niveau du corps glandulaire, en retrait des cellules principales, dont elles se différencient par leurs contours nets (cellules délomorphes) et par leur noyau central et volumineux.

Elles communiquent avec la lumière glandulaire par de fins canaux, inter et intra-cellulaires.

Les cellules bordantes secréteraient l'acide chlorydrique gastrique.

b - Les glandes pyloriques.

Leur aspect les oppose aux glandes fundiques. Elles apparaissent ramifiées, tortueuses, moins longues et plus larges. Leur lumière est plus importante; le chorion est plus abondant. On y trouve un seul type cellulaire ; ce sont des cellules hautes, claires, prismatiques rappelant celles des glandes de BRUNNER.

c - Des zones de transition existent :

- entre ces deux types glandulaires,

- au niveau du cardia et du pylore.

Çà et là se trouveraient fréquemment des ilôts d'épithélium intestinal (VON EBNER, JOUVENEL) qui peuvent contenir toutes les formes cellulaires caractéristiques de l'intestin.

3 - Le chorion.

Les épithélia superficiel et glandulaire sont inclus dans un tissu réticulé, riche en cellules lymphoïdes qui les soutient, les nourrit et forme le chorion muqueux.

4 - La musculaire muqueuse.

Elle sépare la muqueuse qui comprend l'ensemble des épithélia glandulaire et superficiel reposant sur le chorion par une basale, de la sous-muqueuse lame conjonctive riche en vaisseaux et en nerfs (plexus de MEISSNER).

La musculaire muqueuse constitue un repère fort important pour les histologues : à l'exception des glandes de BRUNNER (de siège duodénal) aucun élément épithélial normal ne la traverse, et seules les cellules cancéreuses peuvent la franchir.

5 - La musculeuse.

Elle comporte une double couche musculaire :

- circulaire et interne

- longitudinale et externe.

Le plexus musculaire d'Auerbach siège à ce niveau.

II - CLASSIFICATION DES TUMEURS BENIGNES GASTRIQUES -

(tableau inspiré de Marche, Martin, Veyne, Debray).

A - TUMEURS BENIGNES VRAIES -

Adénome.....		TISSU
Tumeur villeuse.....		EPITHELIAL
Tumeur carcinoïde.....	(tumeurs à point de départ muqueux)	

Léïomyome.....	Origine musculaire	TISSU CONJONCTIF (tumeurs à point de départ sous-muqueux)
Tumeur myoïde.....		
Schwannome.....	Origine nerveuse	
Neurofibrome.....		
Lemno-schwanno-blastome.		
Lipome.....	Origine graisseuse	
Hémangiome.....	Origine vasculaire	
Lymphangiome.....		
Hémangiopéricytome.....		
Hémangioendothéliome....		
Fibrome.....	Origine matricielle *	
Histiocytome.....		
Réticulohistiocytome....		
Lymphome.....		
Association de types précédents (ex. : fibromyone).....	Origine complexe	
Tumeur glomique		
Blue rubber bleb noevus		

* Inclure lès mésenchymômes.

B - TUMEURS DYSGENETIQUES -

..... TERATOMES

Adénomyome.....
Hamartome myo-épithélial.... ..... HAMARTOMES
Kystes gastriques.....

Pancréas accessoire.....
Rate accessoire.....
Surrénale accessoire..... ..... CHORISTOMES
Inclusions brünneriennes....
Inclusions lieberkühniennes.
Ostéomes, chondromes.....

C - PSEUDO TUMEURS INFLAMMATOIRES -

Pseudo polype inflammatoire.

Granulome éosinophilique.

Tumeurs inflammatoires spécifiques (parasitose, syphilis, tuberculose).

D - CORPS ETRANGER -

III - LES TUMEURS EPITHELIALES -

Les tumeurs bénignes de la muqueuse gastrique résultent de la prolifération adaptive des cellules épithéliales et du chorion sous-jacent.

A - LES ADENOMES -

Confondus avec les tumeurs malignes (Cruveilhier) ou considérés comme une variété végétante de gastrite (Andal), les adénomes furent individualisés :

- en I863 (Cornil en fait la description macroscopique)
- et en I883 (Brissaud les différencie du cancer)

L'ère radiologique suscita un regain d'intérêt, mais le premier exemple associant des critères radiologique et anatomique concordants est dû à Albot G., Sicard A., Bertrand I. et Le Canuet en I943.

La fréquence des adénomes par rapport aux autres tumeurs bénignes reste controversée :

- supérieure : Eklöf, sur I45 tumeurs en dénombre III, soit 76,6 %
- égale ou légèrement inférieure :
  . Roberte Jaspar sur 246 tumeurs en note 46,9 %

. Conte M., 38,4 % (pour I3 cas de tumeurs bénignes),

. Stout admet 50 %.

- nettement inférieure pour de nombreux auteurs français :

. Mouchet : 25 %

. Assouad : 20 % (à propos de II cas)

. Debray Ch. et Coll. : I2 % (à propos de 33 cas).

I - Description macroscopique -

a) Siège -

La région antrale est le lieu de prédilection (2/3 des cas) mais n'importe quelle région gastrique peut être intéressée.

b) Volume -

Le diamètre varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres (tout adénome de diamètre supérieur à 2 cm est suspect de malignité).

c) Aspect -

Trois formes macroscopiques sont classiquement décrites ;

- l'adénome proprement dit (fig. 4 a) constitue un épaississement étalé, sessile, reposant par une base relativement large sur

la paroi et déprimant la musculaire muqueuse. Sa surface est lisse.

- Le papillo-adénome (fig. 4 b) plus fréquent comporte des végétations saillantes. Sa surface prend un aspect villeux, mamelonné.

- Le polype ou adénome pédiculé (fig. 4 c). En vieillissant et en grossissant adénomes et papillo-adénomes tendent à se pédiculer. Il est probable que des phénomènes mécaniques et en particulier les tiraillements exercés par les aliments qui circulent à leur surface et butent contre la saillie qu'ils forment (MASSON) ne sont pas étrangers à cette extériorisation. Ainsi se trouveraient constituées des masses globuleuses pédiculées dont l'aspect rappelle celui des polypes hydraires d'où leur nom. Le pédicule plus ou moins long peut s'invaginer dans le bulbe duodénal et parfois se rompre.

Ces divers aspects peuvent coexister sur la même pièce d'exérèse en cas de polypose diffuse et polymorphe.

2 - Examen microscopique -

a) Les tubes glandulaires.

Ils apparaissent réguliers ou sinueux. Leur lumière dilatée parfois kystique peut contenir du mucus et des cellules desquannées. Les tubes sont tapissés par une couche de cellules cubiques ou cylindro-cubiques reposant sur la membrane basale toujours intacte.

L'activité muco-secrétaire est variable. L'épithélium glandulaire est soit typique, soit simplifié semblable alors à l'épithélium muqueux superficiel. Parfois existe une métaplasie intestinale de type BRUNNERIEN ou type LIEBERKUHNNIEN.

Ces divers aspects peuvent s'associer dans une même tumeur.

b) Le chorion.

Le chorion sous-jacent est normal, oedémateux ou inflammatoire.

c) Le pédicule.

C'est un axe conjonctivo-vasculaire plus ou moins long comportant des prolongements de la musculaire muqueuse attirée vers la prolifération. Il est revêtu d'un épithélium mono-cellulaire en continuité avec la muqueuse voisine.

d) Réactions de voisinage.

La muqueuse voisine présente assez souvent des lésions de gastrite chronique (atrophique ou hypertrophique) voire des plages de métaplasie intestinale.

3 - Evolution des adénomes -

Le risque majeur est la transformation épithéliomateuse (7 à 25 % des cas).Un certain nombre d'éléments doivent faire craindre cette dégénérescence maligne.

a) Critères macrocospiques.

- la multiplicité,
- la taille : tous les adénomes cancéreux ont un diamètre supérieur à 2 cm,
- la présence d'une ulcération : l'adénome ne s'altère que rarement,
- la largeur du pédicule.

b) Critères histologiques.

Ces signes se recherchent surtout au sommet de tumeur et à son implantation. Ils consistent en :

- modifications protoplasmiques avec basophilie excessive
- noyaux de forme et de situation irrégulières

- mitoses nombreuses et anarchiques. Des signes évidents de malignité peuvent parfois être constatés.
- désorganisation architecturale.
- basale rompue ou effacée.
- irruption d'éléments épithéliaux non cernés par une basale dans le chorion muqueux.

B - LES TUMEURS VILLEUSES -

(Encore appelées : - cancer villeux,
- réaction villeuse,
- polype villeux.)

Elles sont susceptibles d'évoluer selon deux modes; bénignité et malignité. Elles constituent en quelque sorte des "tumeurs frontières". Leur localisation gastrique est rare.

I) - Description macroscopique.

a) Siège : antre ou corps gastrique.

b) Leur volume est variable.

c) Aspect :

Uniques ou multiples, sessiles plutôt que pédiculées, les tumeurs villeuses sont généralement mobiles, de consistance molle. Leur surface irrégulière se hérisse de saillies

inégales donnant parfois l'aspect d'une anémone marine à coloration framboisée.

2) - Examen histologique -

a) Les villosités sont régulières ou ramifiées. Leur axe provient du chorion muqueux. L'épithélium cubique ou cylindro-cubique rappelle :

- soit le revêtement muqueux,
- soit le type glandulaire,
- soit les cellules à plateau de l'intestin.

b) L'extension se produit en surface, rarement en profondeur. Dans l'intervalle des villosités existent des glandes normales ou adénomateuses de type variable.

3) - Evolution -

Certaines tumeurs villeuses restent bénignes et ne s'accompagnent que de complications inflammatoires locales.

D'autres côtoient un épithélioma caractérisé et constituent un mode de réaction de la muqueuse.

Un nombre variable dégénère. Cette dégénérescence n'est pas unanimement admise. Pour certains auteurs les tumeurs villeuses sont d'emblée malignes, très différenciées et de structure particulière.

C - LES CARCINOIDES GASTRIQUES -

Ils proviennent de la prolifération des cellules argentaffines de KULTCHISKY. Leur localisation gastrique est rare.

I) - Description macroscopique -

A) Siège : Par ordre décroissant de fréquence, on les trouve au niveau :

- du corps gastrique
- de l'antre
- du pylore et du cardia.

b) Volume : le diamètre voisine en règle I à 2 cm.

c) Aspect : ce sont des tumeurs arrondies, à limites plus ou moins nettes, jaunâtres ou grisâtres à la coupe. Elles se situent profondément dans la muqueuse qui apparait souvent ulcérée.

2) - Examen histologique -

Trois types cellulaires s'agencent en cordons séparés par des sinusoïdes :

- les cellules sphériques les plus nombreuses,
- les cellules palissadiques au bord des cordons
- les cellules cylindriques groupées en acini.

Leur cytoplasme contient des granulations argentaffines et chromaffines. Les noyaux sont réguliers, indemnes de monstruosité. MASSON P. considère leur origine à partir de l'examen, après imprégnation argentique, des muqueuses en voie d'atrophie. Les cellules argentaffines plus nombreuses qu'à l'état normal se groupent entre l'épithélium et sa basale puis gagent le chorion. Elles forment des petits amas sphériques ou sphérules. "Ces bourgeonnements" ont été observés par HAMPERL et par moi-même. Ils sont constants mais plus ou moins abondants dans les gastrites atrophiques... Sans doute différent-ils par maints détails de ceux dont l'appendice est le siège. Le certain, c'est qu'ils exisgent et que peut être, ils sont à l'origine des rarissimes carcinoïdes gastriques." (MASSON)

3) - Evolution -

Le potentiel malin serait plus élevé que pour les autres localisations digestives. En revanche ils ne donnent qu'exceptionnellement les symptômes biologiques ou cliniques caractérisant l'hyoersécrétion de sérotonine (3 cas sur 66 observations citées dans la littérature).

IV - TISSU CONJONCTIF -

A) - Les Schwannomes.

A l'inverse des anglo-saxons la plupart des auteurs français considèrent que cette forme tumorale est plus fréquente que le léïomyome. La discordance tient avant tout aux critères histologiques différents dans chacun des ces pays.

Pour ROBERTE Jaspar les Schwannomes représentent I7,45 % des cas de tumeurs bénignes.

DEBRAY et COLL. admettent 30 %.

La première description est due à PICQUET et ROUSSY (I924).

I) - Examen macroscopique -

a) Siège.

Les courbures gastriques sont le plus fréquemment intéressées. (fig. 5)

b) Volume.

Les formes intra-gastriques restent peu importantes (noyau à petite orange).

Les formes exo-gastriques plus volumineuses peuvent atteindre une taille considérable (6 Kg. pour I cas) décrit par DECOULT,

DRIESSENS et PARIS. Celles-ci refoulent les organes voisins ou clivent les mésos sans contracter d'adhérences solides.

c) Nombre.

Les Schwannomes peuvent être multiples au niveau de l'estomac. La gastroscopie permet parfois de reconnaître cette multiplicité (PEYCELON et VACHON).

L'association avec les Schwannomes du grêle est exceptionnelle (IO cas décrits par VACHON et LEHMANN).

On sait que les Schwannomes peuvent survenir sur le duodénum, le grêle, le côlon, le pancréas, le rectum.

d) Aspect.

La tumeur apparaît en général pleine, bien encapsulée, de consistance variable. La couleur est blanc jaunâtre, rouge vineux, rouge violacée ou même noirâtre. Sa surface peut être régulière, ou souvent apparaître ravinée et pluri-lobée.

La muqueuse recouvrant le Schwannome endogastrique est pâle, parfois normale, mais souvent modifiée par les orifices de cavités kystiques intra-tumorales.

On notera ainsi :

- soit une ulcération apicale, parfois vaste,
- soit un ou plusieurs pertuis à bords nets,

ne rappelant en rien l'ulcère de CRUVEILHIER.

Orifices, pertuis, ulcères conditionnent les aspects endoscopiques et radiologiques des Schwannomes.

La paroi gastrique avoisinnante est souple, mais des petits noyaux aberrants peuvent siéger dans la sous-muqueuse, au voisinage du point d'implantation. C'est là semble-t-il un argument favorable à l'exérèse élargie de ces tumeurs.

Phase ultime de la dégénérescence colloïdo-kystique, le kyste pédiculé présente les caractères d'une forme banale de kyste. Cependant l'existence d'un pédicule inséré en général sur la grande courbure et la présence de petits bourgeonnements tumoraux intra-cavitaires permettent de préciser la nature histologique.

2) - Examen histologique -

a) Forme typique (type A d'Antoni).

Elle comporte un tissu compact de structure fasiculée où l'on distingue :

- des cellules fusiformes, rubanées, égales entre

elles juxtaposées sur un ou plusieurs plans comme le sont les douves d'un tonneau.

- un plan purement fibreux d'aspect côtelé séparant chaque plan cellulaire du voisin.

Ainsi se trouvent constitués des groupements de structure parallèles ou palissades, alternativement cellulaires et fibreux, pathognomomiques. Ces éléments tendent à se disposer en nappes incurvées, entremélées en "écheveau" pour former les nodules polycycliques décrits par VEROCRAY. Le nerf point de départ de la tumeur n'est jamais retrouvé.

Les petits et les gros neurinomes en accroissement, différent par leur masse globale et non par la structure de leur faisceaux. "On peut donc penser que la tumeur s'accroît parce que ses faisceaux se multiplient". (MASSON P.)

b) Autres aspects.

L'inflammation et les remaniements architecturaux peuvent modifier profondément cette structure classique.

- La nécrose peut former une cavité importante dans la masse tumorale.
- La sclérose succède à la dégénérescence progressive de la Schwannoglie tumorale.

- La dégénérescence myxoïde et pseudo-kystique (type B d'Antoni) consiste en la disparition de la trame tumorale à laquelle succèdent des cellules vésiculeuses disséminées dans un stroma anhiste.
- La dégénérescence colloïdo-kystique aboutit à un volumineux kyste empli d'une substance fluide, hémorragique parfois. Il est alors difficile de porter un pronostic histologique : anomalies cellulaires et monstruosités nucléaires perdent toute signification dans ces tissus nécrotiques.

3) - Pathogénie -

L'origine et le développement des Schwannomes ont donné lieu à d'ardentes discussions. Aujourd'hui la théorie de MASSON n'est plus contestée : la gaine de Schwann qui provient des lemnoblastes primitifs émigrés des crêtes neurales, représente le point de départ de la tumeur.

Par contre le doute persiste quant au siège initial des lésions :

- plexus sous-muqueux de Meissner ? sans doute dans la majorité des cas.
- plexus myentériques d'Auerbach ?
- plexus sous-séreux ?

Ces interrogations sont probablement vaines et les trois hypothèses peuvent se réaliser vraissemblablement. Elles donneront alors les variétés macroscopiques :

- sous-muqueuse,
- intra murale,
- sous-séreuse.

4) - Potentiel évolutif -

La dégénérescence des Schwannomes est discutée. Le volume important de la tumeur, une ulcération bourgeonnante, l'empâtement du pédicule peuvent faire suspecter la malignité. Il en va de même pour l'abondance des mitoses, les hémorragies intra-tumorales importantes, l'existence de cavités vasculaires sans paroi propre, l'effraction de la membrane par des cellules modifiées. La malignité est bien entendu évidente lorsque des métastases sont reconnues.

Nous rapprocherons des Schwannomes le lemno-schwano-blastome décrit en I947 par Cornil et Gastaut. C'est une curiosité histologique ; tumeur d'origine nerveuse, très comparable au gliome astroblastique du cerveau, elle possède un potentiel de malignité locale élevée, expliquant la fréquence des récidives post-opératoires.

B) - Les léïomyomes -

Ils prennent naissance à partir de la musculeuse et exceptionnellement de la musculaire muqueuse. Nous avons déjà vu que leur fréquence était très discutée.

I) Description macroscopique.

a) Siège

La grande courbure et le corps gastrique sont fréquemment en cause.

b) Volume

Le diamètre varie de quelques millimètres à plu - sieurs centimètres. En général les manifestations cliniques apparaissent quand la tumeur atteint ou dépasse 6 cm de diamètre.

c) Aspect;

Ce sont des tumeurs rondes, parfois lobulées, lisses ou bosselées de consistance ferme, bien limitées. Elles peuvent se pédiculer. Parfois leur sommet s'ulcère.

A la coupe on note :

- la coloration blanc rosé,
- la structure fasciculée,
- parfois des suffusions hémorragiques, des calcifications, voire des zones né- crosées.

2) Examen histologique.

a) Forme typique.

On y trouve des fibres musculaires lisses en continuité avec la musculeuse. Les cellules allongées se groupent en faisceaux incurvés selon un large rayon de courbure. Leur cytoplasme est acidophile. Les noyaux sont en bâtonnets, les mitoses restent rares.

b) Autres aspects.

Les remaniements scléreux sont fréquents. Leur excès caractérise le fibromyome.

Les remaniements nécrotiques, hémorragiques existent plus rarement.

3) Evolution.

Elle est pratiquement toujours favorable même en cas de modifications cellulaires suspectes. Pour certains auteurs (Skandalakis) l'évolution des formes histologiques malignes n'est guère différente, après exérèse, des formes bénignes.

C) - LES TUMEURS MYOIDES -

De connaissance récente (I960) ces tumeurs posent avant tout des problèmes de pronostic et de classification histologique. Une centaine de cas sont

actuellement recensés.

Si Martin J. F. et Coll. furent les premiers à décrire les tumeurs myoïdes (6 cas), c'est Stout A.P. (I962) qui reconsidérant certains diagnostics histologiques établis de I944 à I960 rassembla le plus grand nombre de cas : 69 auxquels s'ajoutèrent peu après 7 autres cas (dont une enfant de I4 ans)

I) Etude macroscopique.

a) Siège.

Ces tumeurs intéressent en règle les courbures gastriques. Elles se développent entre la muqueuse et la séreuse.

b) Volume.

Leur diamètre varie de 0,5 à 20 Cm. Leur poids peut atteindre 3 500 g (I cas de Stout). Les volumineuses tumeurs se rencontrent surtout dans les formes exogastriques.

c) Aspect.

Ce sont des tumeurs uniques lisses ou plurilobées, rarement multiples.

La majorité des formes tumorales demeurent strictement intra murales.

Les formes à développement endogastrique érodent bien souvent la muqueuse en son centre.

Les tumeurs exogastriques s'insèrent entre les deux feuillets épiploïques. Elles sont reliées à la musculeuse par un pédicule ténu qui passe bien souvent inaperçu.

Certaines formes sont à la fois endo et exogastriques (tumeurs en sablier).
Au palper, le tissu tumoral est plus ou moins ferme de consistance variable.
A la coupe l'aspect varie selon l'existence et l'importance de foyers hémorragiques et, ou nécrotiques, voire de formations kystiques.

2) - Examen histologique -

a) Les"cellules Myoïdes".

L'aspect caractéristique est celui d'une prolifération de cellules arrondies ou polygonales à limites plus ou moins nettes. Une zone granulaire cerne plus ou moins complètement le noyau et ne prend aucun des colorants du mucus, du glycogène ou des lipides. Selon toute vraisemblance ces granulations sont de nature protidique.

Un halo clair périphérique, occasionnellement paré de quatre ou cinq grosses vacuoles occupe

la région exoplasmique. (52)

Exceptionnellement, les granulations péri-nucléaires peuvent se répartir de façon diffuse dans toute l'aire cytoplasmique.

b) Le stroma apparait peu abondant. Quelques cellules musculaires côtoient parfois les éléments myoïdes.

3) - Individualisation histologique -

Un travail de Stout illustre parfaitement cet épineux problème : les 69 coupes furent initialement considérées comme tumeurs bénignes du muscle lisse et étiquetées léiomyomes. Seuls quelques caractères surprenants lui avaient fait un moment envisager l'individualisation dans l'Atlas of Tumour Pathology : mais la crainte d'engendrer des discussions complexes voire inextricables, lui fit renoncer rapidement à ce projet. (74)

Les tumeurs myoïdes peuvent être confondues avec :

- le léïomyosarcome d'une part,
- l'hémangiopéricytome et la tumeur glomique d'autre part. Celles-ci posent par ailleurs des problèmes d'histogénèse commune avec les tumeurs myoïdes.

4) - Histogénèse :

L'origine musculaire de la tumeur est proposée par Martin J. F. et Coll. qui, grâce à une observation privilégiée, ont pu observer des aspects de passage entre les cellules myoïdes et les fibres musculaires lisses.

Ils comparent ces cellules myoïdes aux éléments mésenchymateux d'origine musculaire que l'on trouve dans la paroi des capillaires (péricytes), dans les glomus carotidiens, ou dans l'appareil juxta-glomérulaire du rein. Mais les faits histogénétiques aboutissant à la transformation d'une cellule pourvue de fibrilles à une cellule à cytoplasme granuleux et vacuolaire demeurent totalement inconnus. D'autre part, il est certain que ces éléments myoïdes ne représentent pas un aspect de dégénérescence.

Deux hypothèses sont donc émises :

- dédifférenciation d'éléments musculaires (Martin J. F. et Coll.)
- prolifération d'éléments myoïdes préexistants (par exemple à partir des péricytes vasculaires), ce qui les apparenterait aux tumeurs glomiques ou aux hémangiopéricytomes.

En conclusion, l'origine musculaire demeure la plus

probable, mais il n'existe aucun argument qui permette d'expliquer la filiation entre les cellules myoïdes et la fibre musculaire lisse habituelle.

D'autre part, de telles tumeurs ont été décrites au niveau de l'intestin et de l'utérus. (74)

5) - Problème pronostic -

Pour la majorité des observations, le délai de surveillance post-opératoire n'excède pas 6 ans. On relève cependant :

- une récidive locale intramurale facilement enlevée,
- 4 formes avec métastases.

Stout A. P. table sur l'importance de l'activité mitotique des cellules tumorales pour préjuger du potentiel malin. Il propose par ailleurs de nommer "léïomyoblastome" ou "bizarre léïomyome" cette forme tumorale dont la malignité se manifeste rarement.

D - LES FIBROMES -

Ce sont des tumeurs peu fréquentes.

I) - Aspect macroscopique -

Les fibromes siègent à tous les niveaux de l'estomac. Encapsulés; durs, de coloration blanche, ils se

ponctuent çà et là de foyers hémorragiques, cedémateux ou kystiques.

Ils intéressent la sous-muqueuse, la musculaire ou la sous-séreuse.

2) - Histologie -

Ils comprennent deux sortes d'éléments :

- les fibroblastes disposés en faisceaux orientés en tous sens.
- une trame de fibres collagènes, engainant des groupes cellulaires.

Les vaisseaux sont peu nombreux. Des remaniements oedémateux dissocient bien souvent cette architecture classique.

La dégénérescence pose les mêmes problèmes que pour les léïomyomes.

E - LE NEUROFIBROME - (38)

Il s'associe en règle à d'autres tumeurs dans le cadre de la neurofibromatose de Von Recklinghausen.

Porter le diagnostic de neurofibromatose est important car l'intervention en plus des risques de récidive favorise la dégénérescence sarcomateuse. Il faudra par prudence s'abstenir de toute biopsie.

F - LES LIPOMES - (24, 77)

Ces tumeurs très rares siègent surtout au niveau de l'antre. Elles sont presque toujours uniques, lisses ou lobulées, encapsulées et de couleur jaune.

Histologiquement, le lipome comporte un tissu graisseux adulte parcouru par quelques travées fibreuses. Les vaisseaux sont rares, leur bénignité n'a jamais été contestée.

G - TUMEURS VASCULAIRES -

I) - Les hémangiomes -

Environ 30 cas isolés ou associés à une angiomatose diffuse sont décrits dans la littérature.

Bien souvent retrouvés au niveau de l'antre, ils se répartissent selon deux groupes histologiques.

a) le type capillaire comprend des pelotes capillaires enlacés dans un tissu conjonctif plus ou moins abondant,

b) le type caverneux groupe des cavités vasculaires en nombre variable séparées par de minces cloisons et formant un réseau de lacunes à contours irréguliers.

2) - Les lymphangiomes -

Ils seraient encore plus rares.

3) - Les tumeurs glomiques -

Ce sont des angiomes issus de vaisseaux richement innervés : les glomi neuro-vasculaires. I6 cas de localisation gastrique sont actuellement publiés.

Elles siègent surtout au niveau de l'antre, ont un diamètre de 2 à 3 cm et ulcèrent rarement la muqueuse à leur contact.

L'examen histologique retrouve trois sortes d'éléments :

- des vaisseaux à endothélium normal,
- des cellules épithélioïdes globuleuses, concentriques à ces vaisseaux et disposées sur plusieurs couches,
- des fibres nerveuses enfin qui s'insinuent entre les vaisseaux et leur manchon cellulaire.

La prédominance de l'un de ces aspects explique le polymorphisme possible des tumeurs glomiques.

4) - L'hémangiopéricytome - (67, 79)

Isolée en I942 par Stout A. P. et Murray M. R., cette forme tumorale demeure exceptionnelle.

a) Aspect macroscopique.

Ovoïdes, bien limitées, de consistance molle, ces tumeurs apparaissent rose pâle à la coupe, avec parfois quelques foyers hémorragiques.

b) Histologie.

Les hémangiopéricytomes comportent de nombreux capillaires entourés de cellules dérivées des péricytes de Zimmermann (Stout) et qui peuvent revêtir plusieurs aspects :

- allongées et fusiformes le plus souvent,
- globuleuses, proches en cela des cellules glomiques,
- fibrillaires, évoquant alors une évolution musculaire plus ou moins marquée (nous avons déjà considéré les problèmes de parenté histogénétique avec les tumeurs myoïdes).

Leur évolutivité apparaît particulièrement lente, contrairement aux localisations péritonéales et rétropéritonéales.

5) - L'hémangio-endothéliome -

Rare également, l'hémangicendothéliome représente une prolifération de vaisseaux dont les cellules endothéliales se continuent avec une prolifération réticulo-endothéliale.

La distinction entre tumeur bénigne et tumeur maligne est fort délicate.

H - LES TUMEURS LYMPHOIDES BENIGNES - (I9, 78, 8I)

I) - Aspect macroscopique -

Ces tumeurs se présentent :

- soit comme un épaississement localisé,
- soit comme une vraie tumeur, enchassée dans la paroi.

La muqueuse qui les recouvre est plus ou moins altérée.

La tranche de coupe montre un tissu blanchâtre, a bords souvent polylobés.

2) - Histologie -

La tumeur présente des cellules lymphoïdes d'âge variable, indemnes de monstruosités. Leur prolifération peut constituer de véritables inclusions de tissu ganglionnaire et n'infiltre pas les tissus voisins. Seules des lésions inflammatoires peuvent intéresser les ganglions voisins.

Cette réaction lymphomateuse peut-être inflammatoire (bords de certains ulcères) ou tumorale.

3) - Potentiel évolutif -

Si certaines tumeurs évoluent sur le mode bénin, d'autres donnent naissance plus ou moins rapidement à un lymphosarcome.

L'aspect histologique ne permet pas de prévoir l'évolution ultérieure, même lorsque des empreintes ont été pratiquées.

En effet, bien des lymphosarcomes ne présentent que des altérations cellulaires minimes.

V - LES TUMEURS DYSGENETIQUES -

A) - Généralités.

Les malformations ou dysgénèses ne sont pas rares dans l'organisme adulte. Cependant leur amplitude, leur nombre et leur siège apparaissent très variables.

Pierre Masson distingue : (54)

I)- Les hétérotopies vestigiaires dues à la persistance passive et anormale d'organes transitoires.

2)- Les hétérotopies dysgénétiques dues à une perturbation du développement embryonnaire ou organogénétique.

a) les hamartomes sont des tissus appartenant à la région où on les rencontre, mais ayant échappé à

l'organisation de cette région.

b) les choristomes représentent des tissus n'appartenant pas à cette région et qui peuvent s'y trouver à l'occasion d'un déplacement ou d'une métaplasie.

c) Certaines hétérotopies dysgénétiques seraient acquises et constituent un mode de réparation de la muqueuse normale. C'est ainsi que des glandes de type lieberkühnien peuvent se substituer aux glandes gastriques au décours des gastrites.

Les adénomes de la polypose familiale ou de la maladie de Peutz-Jeghers-Touraine sont considérés par certains auteurs comme des hamartas. (25)

d) Hamartomes myoépithéliaux.

Les anglo-saxons nomment ainsi hamarta et chorista. Il est en effet souvent délicat de distinguer ces deux types tumoraux.

3)- Les tératomes, tumeurs embryonnaires phuri-tissulaires demeurent exceptionnels.

B) - Les kystes gastriques.

Le terme "duplication" regroupe actuellement les tumeurs classiquement décrites sous le nom de kystes organoïdes dysgénétiques, de kystes entorogènes, de diverticules.

Ces duplications qui peuvent intéresser le tube digestif à tous les niveaux sont extrêmement rares dans l'estomac.

Elles tendent à reproduire un estomac miniature de volume variable, plus ou moins fonctionnel.

Les kystes gastriques ainsi constitués peuvent s'ulcérer, s'infecter. Ils ne se cancérisent pas avec une fréquence particulière.

C) - Autres Hétérotopies -

I) - Pancréas aberrant. La localisation à l'estomac n'est pas rare et certains kystes gastriques peuvent en contenir.

a) Aspect macroscopique.

Ils siègent surtout dans la région antropylorique et peuvent intéresser chaque couche de la paroi gastrique.

Ils apparaissent nodulaires bien limités ou prennent l'aspect d'infiltrats diffus.

C'est en règle une masse arrondie longue de I à 5 cm, centrée sur un système canaliculaire qui s'abouche dans l'estomac au niveau d'une ombilication caractéristique.

b) Etude histologique.

Elle permet de reconnaitre des acini assez caractéristiques avec des canaux excréteurs. Les flôts de Langerhans sont plus rares. Ce pancréas minuscule serait souvent fonctionnel.

Les adénomyomes représentent des tumeurs uniquement constitués par des canaux excréteurs sans tissu glandulaire pancréatique.

Tous les remaniements sont possibles :

- hypertrophie des flôts de Langerhans,
- dégénérescence épithéliomateuse du tissu exocrine
- remaniements inflammatoires aigus ou chroniques.

2) - Rates accessoires et Inclusions Brünneriennes restent très rares. Il en va de même pour les paragangliomes (l'unique cas rapporté par Jones et Mac Kee était comparable aux formes surrénaliennes.)

VI - PSEUDO-TUMEURS INFLAMMATOIRES -

A) - Le granulome inflammatoire.

Toute inflammation localisée peut donner naissance à un granulome de petites dimensions. Parfois la production tissulaire devient exubérante et saille à la surface de la muqueuse gastrique. Si elle disparaît la plupart du temps avec l'agent causal, elle peut

quelques fois continuer à proliférer et se comporter comme une véritable tumeur bénigne.

Un tel processus existe fréquemment au niveau des anastomoses gastro-duodénales.

I) - Aspect macroscopique.

Ce sont des tumeurs sessiles ou pédiculées dont la taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres et qui peuvent intéresser chaque portion de l'estomac.

2) - Etude histologique.

Les tumeurs inflammatoires comprennent un axe conjonctif épais recouvert d'une muqueuse plus ou moins remaniée.

a) L'axe conjonctif est constitué de fibroblastes et de fibres collagènes mêlées à des cellules inflammatoires polymorphes. Les capillaires turgescent apparaissent nombreux.

b) La muqueuse reste parfois normale, mais bien souvent le chorion devient inflammatoire et les tubes glandulaires s'atrophient. Plus rarement existe une hyperplasie voire une métaplasie de type intestinal.

B) - Le granulome eosinophile.

Il s'agit d'une variété tumorale beaucoup plus rare constituée par un tissu inflammatoire très riche en polynucléaires éosinophiles. Elle peut être isolée ou s'accompagner de manifestations allergiques.

VII - DES DIFFICULTES HISTOLOGIQUES -

A) - Classification - Nomenclature -

Les limites entre tumeurs bénignes vraies, dystrophie et inflammation ne sauraient être fixées de façon absolue et se chevauchent certainement dans bien des cas.

B) - Le diagnostic histologique -

Aisé pour certaines tumeurs (adénomes, lipomes) il devient hésitant pour d'autres. Il en est ainsi par exemple des tumeurs conjonctives à "cellules fusiformes" groupant les leïomyomes, les schwannomes, les fibromes et les tumeurs myoïdes.

Toutes ces variétés de tumeurs conjonctives peuvent subir divers remaniements (nécroses, hémorragie, sclérose, surcharges variées) dont l'importance peut empêcher de préciser la nature exacte de la prolifération.

L'aspect des cellules, leur agencement peut prêter à confusion. Les léiomyomes peuvent quand les cellules se divisent côte à côte, donner des aspects en palissade. Les schwannomes présentent parfois très peu de formations en palissades ; leur capsule peut manquer et la tumeur imitant les myomes, apparaîtra en continuité avec la musculeuse. Pour Stout, le seul argument formel en faveur du myome serait la mise en évidence de myofibrilles. Cette difficulté diagnostic explique les différences dans l'estimation des fréquences respectives de ces tumeurs.

P. Masson pense que nombre de schwannomes devraient être considérés en fait comme des léïomyomes. Les auteurs anglo-saxons dont Stout concluent de même.

Feyrter par contre défend une attitude toute opposée.

Nous avons présenté par ailleurs les difficultés diagnostiques propres aux tumeurs myoïdes.

C) - Potentiel évolutif -

Une tumeur parfaitement bénigne peut présenter des monstruosités nucléocytoplasmiques en rapport avec son remaniement nécrotique. A l'inverse, les mêmes critères de bénignité peuvent au départ

caractériser des tumeurs dont l'évolution ultérieure est typiquement maligne ; il en est ainsi pour certains lymphomes ou certaines tumeurs réticulo-histiocytaires.

Rappelons enfin le cas ambigû des "tumeurs frontières" tumeurs villeuses, tumeurs myoïdes, lemnoschwanno-blastome.

D) - L'examen histologique extemporané -

Dans les formes typiques il tranche entre les tumeurs franchement bénignes et les tumeurs cancéreuses.

Cependant, les prélèvements même nombreux ne permettent pas de dépister une zone limitée de dégénérescence.

Enfin ses conclusions ne sauraient être catégoriques, Rapide, effecté à l'aide de moyens techniques limités, l'examen histologique extemporané ne saurait remplacer une étude complète de la tumeur qui même dans d'excellentes conditions ne permet pas toujours d'établir un diagnostic certain.

- CONCLUSIONS -

Iº) Les tumeurs bénignes de l'estomac sont bien moins fréquentes que les tumeurs néoplasiques.

2º) Leur symptomatologie clinique ne présente pas de caractère pathognomonique. C'est à l'occasion de la persistance de troubles fonctionnels mineurs (gastralgies, dyspepsies..) ou de l'apparition de signes plus alarmants (hémorragies) qu'un examen radiologique sera effectué. Celui-ci évoquera alors le diagnostic.

3º) La gastroscopie et la gastro-biopsie dirigée n'ont d'intérêt que pour les tumeurs d'origine muqueuse.

4º) La crainte de la dégénérescence maligne domine le traitement chirurgical. Tout le problème est de savoir si l'on peut se borner à faire l'éxérèse limitée d'une tumeur apparemment bénigne, mais peut être histologiquement maligne, ou s'il vaut mieux recourir d'emblée à un sacrifice plus large.

Pratiquement, la conduite à tenir dépend des circonstances opératoires, et c'est l'analyse minutieuse des caractères macroscopiques qui doit dicter la meilleure attitude à adopter.

5º) L'examen histologique de toute la pièce d'exérèse demeure

indispensable, même si un examen extemporané ou une gastro-biopsie ont été pratiqués auparavant. Lui seul fournit un diagnostic précis et préjuge d'une dégénérescence éventuelle.

6º) La surveillance ultérieure (clinique et radiologique) sera la règle chez ces malades. Elle apparait irremplaçable pour détecter les récidives et suivre l'évolution de certaines formes tumorales (léïomyoblastomes entre autre) dont le potentiel malin, bien que rarement manifesté, n'en est pas moins réel.

PLAN GENERAL

Chapitre I : Observation nº I..... p. I

Chapitre II : Observation nº 2..... p. I3

Chapitre III : Etude Clinique.

I - Les aspects cliniques habituels..... p. 2I

II - Les formes cliniques particulières..... p. 24

III - Mécanismes des signes cliniques..... p. 33

IV - Examen radiologique..... p. 37

V - Gastroscopie..... p. 50

VI - Les investigations complémentaires..... p. 53

Chapitre IV : Le traitement des tumeurs bénignes.

I - Le traitement médical..... p. 57

II - Le traitement chirurgical..... p. 57

Chapitre V : Etude anatomo-pathologique.

I - Généralités..... p. 66

II - Classification des tumeurs bénignes de l'estomac..... p. 7I

III - Les tumeurs épithéliales..... p. 74

IV - Les tumeurs du tissu conjonctif..... p. 83

V - Les tumeurs dysgénétiques..... p.IOI

VI - Les tumeurs pseudo-inflammatoires..... p. I04

VII - Des difficultés histologiques..... p. I06

Conclusions..... p. I09

Schémas.

Bibliographie.

BIBLIOGRAPHIE

I - ALBOT G. et coll.

Etude clinique des tumeurs bénignes, hamartomes et hétérotopies de la région antro-pylorique, du bulbe et du cadre duodénal.

Actualités hépatogastroentér. Hotel Dieu (juil. sept. I966); 2; p. I58-I92.

2 - ALBOT G., REDON H., LIBAUDE H.

La niche en cocarde du schwannomes gastrique.

Arch. mal. app. dig. I943; 32; nº 3+4; p. 79-82.

3 - ALBOT G., Parturier-ALBOT M., NEZELOF C., PREVOST.

Les pancréas accessoires

Acta gastro-entérol. belg. I954 ; I7, p. 850-87I.

4 - ANDRES C., GUARNERI G.,

Il neurinoma gastrico

G. Ital. Chir. sept. I963 ; p. 6I9-636.

5 - ARON E., BENNATRE A., LIEFFRING J-J., ROY B., ALFANDARI J.P.

Les tumeurs myoïdes de l'estomac

Arch. mal. app. dig. I967 ; 56 ; I2 ; p. I267.

6 - ASSOUAD M., TUCHMANN L., OPPERMANN A.

A propos de II cas de tumeurs bénignes de l'estomac.

Ann. Chir. I96I ; 5 ; I5 ; p. I04I.

7 - BARRAGUE P.-B.,

Les schwannomes gastriques

Thèse Paris I929 (Jouve Edit.)

8 - BERARDI P. et coll.

Considérations sur les tumeurs gastriques d'origine nerveuses.

Acta Chir. Ital. ; Mars-Avr. I966 ; 22 ; p. I29-I63.

9 - BERGERET A. et VARAY A.

Etude de 4 cas de schwannomes gastriques.

Arch. mal. app. dig. I944 ; nº II-I2 ; p. 30I-304.

I0 - BERNARD A. et coll.

Sur un cas de tumeur bénigne de l'estomac ; difficultés diagnostiques.

J. Sc. médicales de Lille I955 ; nº 5 ; p. 233.

II - BERNARD J. et BESSIS M.

Abrégé d'hématologie (p. I05-III) Masson Edit. I963.

I2 - BERTRAND J.

La polypose recto-colique.

Revue du prat. 2I avr. I969 ; I9 ; nº I2 ; p. I795.

I3 - BOUISSOU H., FAMILIADES J. et FAMILIADES C.

A propos d'un cas de tumeur kystique de l'estomac.
Arch. Anat. Path. I964 ; I2 ; nº 3 ; p. 208-2II.

I4 - BOQUIEM Y. et coll.
Le granulome éosinophile de l'estomac
Arch. mal. app. dig. I966 ; 55 ; p. 977-998.

I5 - BROMBART M.
2 cas de schwannome de la grosse tubérosité gastrique.
Presse méd. I959 (confrontations radio-cliniques)

I6 - CHAINOT
Les myomes de l'estomac et leurs manifestations hémorragiques.
Rev. méd. de Nancy juin I955 ; p. 523.

I7 - CHOLAT L.
Le diagnostic radiologique des tumeurs bénignes de l'estomac.
Cahiers méd. lyonnais mars I965 ; nº 6 ; p. 5I5-528.

I8 - DALLA COSTA F. et coll.
A propos des tumeurs gastriques d'origine musculaire (présentation de 4 observations)
Riv. Anat. Path. Oncol. ; nov.-déc. I966 ; (Ital.)

I9 - DEBRAY Ch et coll.
Tumeurs bénignes, pseudo-tumeurs, hamartomes et hétéropies de l'estomac;
Actualités hépato-gastro-entérol.de l'Hôtel Dieu I966

nº 2 ; p. 36-9I.

20 - DEBRAY Ch. et coll.

Tumeur bénigne de l'intestin grêle (léiomyome) diagnostiquée par artériographie sélective mésentérique supérieure.

Presse méd. nov. I964 ; 72 ; nº 50 ; p. 3005.

2I - DELANNOY E.

Tumeurs bénignes de l'estomac.

Lyon chir. I965 ; 6I ; I ; p. I6I.

22 - DEMOLE L. et coll.

UN schwannome vieux de I6 ans.

Gastro-entérologia I967 ; Bâle ; I08 ; p. 324-330.

23 - DENIS R.

Tumeurs inflammatoires de l'estomac.

Arch. mal. app. dig. I934 ; 24 ; p. 794-8I8.

24 - DRY J., et coll.

Lipome gastrique révélé par une hémorragie digestive.

Sem. hop. Paris ; mai I968 ; 44 ; p. I569-I57I.

25 - DUPUY R.

La gastro-entérologie en I966.

Revue du prat. fev. I967 ; nº 6 ; P. 707.

26 - DUPUY R., VALLIN J., HENRY J-G.

Schwannome de l'estomac associé à un épitholiama glandulaire.

Arch. mal. app. dig. mars I962 ; 5I ; p. I66-I69.

27 - EISENBET R.

Schwannome bénin de la grosse tubérosité.

Presse méd. I966 ; p. 70.

28 - EKLOFF O. ERIKSON E. SAHLIN O.

Tumeurs épithéliales bénignes de l'estomac et du duodénum.

Acta. Chir. Scandan. (supp.) I960 ; 255 ; p. 5-32.

29 - EKLOFF O. ENGSTEDT L. REIZENSTEIN P.

Déficience en facteur intrinsèque. Achlorhydrie et malignité des polypes de l'estomac et du duodénum.

Acta méd. scand. ; mai I962 ; nº 5 ; p. 60I.

30 - FAYOLLE J.

Les tumeurs conjonctives de la peau.

Cahiers méd. lyon. ; sept. I965 ; nº I5 ; p; I337.

3I - FEKETE F.

Tumeurs bénignes de l'estomac.

Encyclopédie médico-chir. ; Est. tome I ; p. 9026 A-I0.

32 - FONTAINE R. et coll.

Diagnostic et traitement des tumeurs bénignes de l'estomac, et du duodénum (à propos de 25 observations)

Soc. méd. Strasbourg ; nov. I968.

33 - FONTAINE R., LANG G., HIEBEL C., PHILIPPE E.

A propos d'un cas de léiomyoblastome de l'estomac.

Arch. mal. app. dig. ; I964 ; 53 ; p. 785-792.

34 - GENESTOUX J.-M.

L'angiomatose digestive.

Thèse Paris I945 (Jouve édit.)

35 - GIRARD M. et coll.

A propos de 2 observations de tumeurs myoides de l'estomac dont une dégénérée ayant nécéssité une hépatectomie droite .

Marseille méd. I965 ; nº IO ; p. 76I-768.

36 - GUILLET R., FEROLDI J.

Un cas de tumeur myoïde de l'estomac.

Lyon chir. I965 ; 6I ; p. 573-574.

37 - HAFTER E.

Syndrome de Peutz-Jeghers-Touraine.

Actualités hépato-gastro-entérol. ; Hôtel Dieu ; jan-mars I967 ; p. 335.

38 - HENRY J.

Etude des schwannomes et de leur dégénérescence maligne. Incidence sur l'exérèse (à propos de 72 cas) thèse Paris I96I (Foulon Edit.)320 réf. bibliog.

39 - HUPPLER E.-G., PRIESTLEY J.-T., MORLOCK, GAGE R.

Diagnostic et traitement des polypes gastriques

Surg. Gyn. Obst. ; mars I960 ; nº 3 ; p. 309-3I3.

40 - JOVINE A. et coll.

Tumeurs bénignes de l'estomac.

Friuli méd. nº 2I ; p. 92I-946 ; nov.-dec. I966 ;

(Ital.)

4I - KAY S.

Smooth muscle tumors of the stomach.

Surg. Gyn. Obst. I964 ; nº II9 ; p. 842-846.

42 - KELSEY J.-R.

Léiomyoblastome of the stomach presenting as acute

intra peritoneal hemorrhage.

Gastroenterology I966 ; nº 4; p. 739-742.

43 - LAFITTS A. et coll.

Volumineux polype gastrique simulant un schwannome.

Bull. Soc. Med. Hop. Paris ; IO fev. I967 ; p. 3I3-3I8

44 - LANNES R.

Anémie de biermer et polypose gastrique.

Thèse Paris I945; (Foulon Edit.)

45 - LEGER H. DUBARRY J.-J. et coll.

Tumeur myoïde intramurale de l'estomac.

Bordeaux chirg. ; I962 ; nº 4 ; p. I86-I88.

46 - LEGER L., KANOUI F.

Tumeur villeuse de l'estomac.

Arch. mal. App. dig. ; sept. I953 ; nº 9 ; p. II40-II45.

47 - LEROY A. BLANC P. HENRY J.

Le traitement chirurgical des schwannomes (à propos de 72 cas)

Mem. Acad. Chirg. ; 88 ; janv. I962 ; p. I0-24.

48 - LORTAT-JACOB J.-L. et coll.

Léiomyome révélé par un hématome intra-mural de l'estomac.

Ann. chir. I965 ; 23 ; p. I48.

49 - LOISEAU J.-P. et coll.

A propos de I3 tumeurs bénignes de l'estomac.

Sem. hop. Paris ; I4 mai I968 ; nº 44 ; p. I56I-I568.

50 - LESCUT J., HAMON G., TRIQUET O.

Schwannome gastrique calcifié.

Presse méd. ; avr. I968 ; nº 76 ; p. 984.

5I - MAC NULTY J.-G.

Adeno-myoma of the stomach

Brit. med. J. ; 30 sept. I967 ; p. 843.

52 - MARTIN J.-F., BAZIN P., FEROLDI J., CABANNES F.

Tumeurs myoïdes de l'estomac. Considérations microscopiques (6 cas)

53 - MARTIN J.-F., TOMMASI M., VAUZELLE J.-L., BRYON P.-A.

A propos des tumeurs myoïdes de l'estomac (3 nouveaux cas)

Arch. Anat. Path. I965 ; I3 ; nº I ; A9, AI3.

54 - MASSON P.

Les tumeurs humaines

Maloine Edit.; Paris I956.

55 - MIGNON M. et coll.

Tumeurs myoïdes de l'estomac.

Presse méd. ; I4 sept. I968 ; 76 ; nº 33 ; p. I628-I630.

56 - MILLAT M.-W.

Pedunculated extra-gastric leiomyoma of the stomach with hae morrhagie degeneration. An unusual cause of acute haemorrhage intra-abdominal.

Brit. J. Surg. I928 ; I6 ; p. 323.

57 - MOUCHET A. et coll.

A propos des tumeurs dites bénignes de l'estomac.

J. chir. Paris I965 ; 8I ; 3 ; p. 295.

58 - MOUTIER F. CORNET A., NORA J.

Considérations sur le radiognostic des tumeurs bénignes

Roentgen Europe I96I ; I ; 24 ;

59 - NEYRAUD

Les schwannomes de l'estomac.

Thèse Paris I938 . Nº 688 ; Arnette Edit.

60 - OCHSNER S.-F., JANETOS G.

Benign tumors of the stomach.

J. amer. med. ass. ; I965 ; I9I ; II ; p. 88I.

61 - PEBRIER A.

Un schwannome gastrique insolite.

Ann. chir. ; dec. 1964 ; 18 ; p. 1591-1594.

62 - PERROTI E. et coll.

Contribution à l'étude des tumeurs musculaires de l'estomac.

Minerva chir. ; 15 aout 1968 ; p. 801-809. (Ital.)

63 - PEYCELON R. et REGLUMAZ P.

A propos des schwannomes gastriques.

Arch. mal. app. dig. ; 1958 ; 47 ; p. 465.

64 - PICARD R., HARDY M., KERNEIS J.-P.

Les granuloblastomes éosinophiliques

Arch. mal. app. dig. 1954 ; 43 ; p. 920-938.

65 - PIOTET G. HERZOG A.

Trois cas de schwannome de l'estomac.

Helv. chir. acta ; janv. 1964 ; 31 ; p. 240-245.

66 - REVA S. et coll.

Large polyp of the stomach causing anemia and intermittent pyloric obstruction.

Amer. J. dig. dis. ; 1965 ; p. 849-850.

67 - REIGNIER T., LEMAIRE J.-P., FEKETE F.

deux cas d'hémangiopéricytome gastro-duodénal.

Mem. acad. chir. 1966 ; 92 ; nº 14-15 ; p. 363-368.

68 - SABUCCO P., GIULIANI G.

Volumineux schwannome gastrique (4.750 G)

Acta chir. ital. ; janv.- fév. I963 ; I9 ; p. I23-I3I.

69 - SAUTOT J., TOMMASI M., VAUZELLE J.-L.

Tumeur myoïde intra-murale de l'estomac.

Lyon chir. I965 ; 6I ; p. 567-57I.

70 - SEGAL S., DIOT J.

Schwannome ulcéré de l'estomac.

Ann. med. pharm. ; Reims I967 ; 4 ; p. 299.

7I - SERAFINO X., DIOUF B., MENYE P.-A.

A propos d'un énorme schwannome de l'estomac.

Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. Franç. ; I964 ; 9 ;

p. 462-465.

72 - SINNREICH M., FRIEDMAN R., DASCO M.-R., STERN W.

Bizarre gastric léiomyoblastoma simulating a pedunculated uterine fibro-myome.

Obst. and gyn. ; I966 ; 27 ; nº 5 ; p. 690-694.

73 - SKANDALAKIS J.-E., GRAY S.-W., SHEPARD.

Smooth muscle tumors of the stomach.

Surg. Gyn. Obst. I960 ; II0 ; p. 209

74 - STOUT A.-P.

Bizarre smooth tumors of the stomach.

Cancer I962 ; I5 ; nº 2 ; p. 400-409.

75 - STOUT A.-P.

Tumors of the stomach

Atlas of tumor pathology ; sect. 6., fasc. 2I,

Washington D. C. armed forces institute of pathology I953.

76 - TOURAINE R., CIVATTE J.

Atlas des tumeurs cutanées.

Revue du praticien ; déc. I968 ; nº 34 ; p. 508I-5II2.

77 - TROISIER J. BARIETY M. BROUET G.

Les lipomes sous-muqueux de l'estomas.

Arch. mal. app. dig. I936 ; 26 ; p. 787-808.

78 - VALLIN J.

Les localisations digestives des hémopathies malignes.

Revue du prat.; t. I7 ; nº 6 ; p. 747-754.

79 - VAUCLIN P., THAU F.-P.

Un cas d'hémangiopéricytome gastrique.

Mem. acad. chir. I966 ; 92 ; nº I4-I5 ; p. 368-370.

80 - VANDOREN M.

Le syndrome de peutz-Jeghers-Touraine. Réflexions à propos d'un cas sur le traitement chirurgical.

Journal de chir. I962 ; 84 ; p. 63-76.

8I - VEYNES S.

Les tumeurs bénignes de l'estomac. Etude des différentes étapes de leur diagnostic.

Thèse nº 822 , PARIS I962 ; (279 références bibliog.)

Vu, le Président de Thèse :

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie de
CAEN